

# Handreiking

## Amsterdamse Transmurale Afspraken Cardiovasculaire Aandoeningen Regio Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

### **Opgesteld met medewerking van:**

#### **Vanuit het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis:**

Renske van den Berg-Vos, neuroloog  
Edwin de Melker, cardioloog  
Roos van Nieuwenhuizen, vaatchirurg  
Jutta Schroeder-Tanka, cardioloog  
Carl Siegert, internist

#### **Vanuit de HKA werkgroep Amsterdams Cardiovasculair Traject:**

Xavier Hofman, Ilona Statius Muller, Marije Holtrop,  
huisartsen  
Marianne Bramson, senior adviseur 1ste Lijn Amsterdam

#### **De stedelijke Handreiking Amsterdamse Transmurale Afspraken is opgesteld door**

Joan Boeke, huisarts  
Miriam Cohen, huisarts  
Xavier Hofman, huisarts  
David Koetsier, huisarts  
Prof. Dr. Y. Smulders, internist vasculaire geneeskunde,  
VUMC  
Sanne van Wissen, internist vasculaire geneeskunde  
OLVG  
Marije Holtrop, huisarts  
Marianne Bramson, senior adviseur 1ste lijn Amsterdam

#### **Coördinatie en eindredactie;**

Marije Holtrop, huisarts en projectleider.

Versie 2014

## **Doel en totstandkoming**

Onderliggend document biedt een handreiking voor het maken van transmurale inhoudelijke samenwerkingsafspraken tussen huisartsen uit de eerste lijn en specialisten uit de tweede lijn. Deze handreiking is gebaseerd op de Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) de CBO-richtlijnen, de NHG-standaarden en de zorgstandaard CVRM.

Dit document is het resultaat van het overleg dat plaatsvond tussen huisartsen en specialisten in de regio rondom het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in het kader van het Amsterdams Cardiovasculair Traject (ACT).

ACT is een stedelijk project in opdracht van de Huisartsen Kring Amsterdam (HKA) en heeft als doel de CVR-zorg in de huisartsenpraktijk te bevorderen. In het bijzonder richt ACT zich op het voorkomen en opsporen van complicaties bij patiënten die al een ischaemische hartvaatziekte hebben doorgemaakt.

Het project is financieel mogelijk gemaakt door Agis, Pfizer, MSD en Boehringer Ingelheim. De projectleiding is in handen van Marije Holtrop, huisarts en bestuurslid HKA.. Stichting 1ste Lijn Amsterdam verzorgt de procesmatige en administratieve ondersteuning. Huisartsen uit verschillende delen van de stad leveren via hun rol in de projectgroep een belangrijke bijdrage aan de zorginhoudelijke kant van het project.

## **De inhoud van de handreiking**

Deze handreiking geeft aanbevelingen met betrekking tot indicaties, procedures en informatieoverdracht bij verwijzingen tussen eerste en tweede lijn. Daar waar relevant geeft deze handreiking ook aanbevelingen voor de huisartsenzorg in de acute fase.

Voor de inhoud van de follow-up in de eerste lijn wordt verwezen naar het ACT-protocol in de bijlage (ook te vinden op [www.ACT020.nl](http://www.ACT020.nl)).

De aanbevelingen hebben betrekking op de patiëntengroepen, die bij stabilisatie na een acute fase, in principe verder kunnen worden behandeld en gemonitord in de eerste lijn.

Het betreft de volgende patiëntengroepen:

1. Myocardinfarct/Angina Pectoris
2. TIA / CVA
3. Perifeer arterieel vaatlijden
4. Aneurysma Aortae Abdominalis
5. Hypertensie
6. Hyperlipidemie
7. Chronisch nierfalen

## Inhoudsopgave

<b>Opgesteld met medewerking van:</b>	<b>- 0 -</b>
<b>Doel en totstandkoming</b>	<b>- 1 -</b>
<b>De inhoud van de handreiking</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1 Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen</b>	<b>- 4 -</b>
1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	- 4 -
1.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist in acute fase	- 4 -
1.3 Informatieoverdracht van specialist naar huisarts in subacute fase	- 4 -
1.4 Controles specialist	- 5 -
1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn	- 5 -
1.6 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 6 -
1.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	- 6 -
1.8 Indicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 7 -
1.9 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 7 -
1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	- 7 -
<b>2 TIA / CVA: afspraken tussen neurologen en huisartsen</b>	<b>- 8 -</b>
2.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	- 8 -
2.2 Informatieoverdracht van huisarts naar neuroloog in acute fase	- 9 -
2.3 Uitgangspunten van de behandeling in de tweede lijn bij TIA/herseninfarct	- 9 -
2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn	- 12 -
2.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 12 -
2.6 Uitgangspunten bij follow-up in de eerste lijn	- 13 -
2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	- 13 -
<b>3 Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV): afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen</b>	<b>- 15 -</b>
3.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: diagnostiek.	- 15 -
3.2 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: behandeling en follow-up	- 15 -
3.3 Verwijsindicaties naar de tweede lijn	- 16 -
3.4 Consultatie van de tweede lijn	- 16 -
3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	- 17 -
3.6 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	- 17 -
3.7 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	- 17 -
3.8 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 18 -
3.9 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	- 18 -
3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	- 18 -
<b>4 Aneurysma Aortae Abdominalis: Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen</b>	<b>- 20 -</b>
4.1 Aandachtspunten huisartsenpraktijk: acute fase en asymptomatische fase	- 20 -
4.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	- 20 -
4.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	- 20 -
4.4 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar de eerste lijn	- 21 -
4.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 21 -
4.6 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	- 21 -
4.7 Verwijsindicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 21 -
4.8 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 22 -
4.9 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 22 -
4.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	- 22 -
<b>5 Hypertensie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>	<b>- 24 -</b>
5.1 Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn	- 24 -
5.2 Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 24 -
5.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	- 24 -

5.4	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	- 25 -
5.5	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	- 25 -
5.6	Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 25 -
5.7	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 25 -
5.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	- 26 -
<b>6</b>	<b>Hyperlipidemie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>	<b>- 27 -</b>
6.1	Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn.	- 27 -
6.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van tweede lijn	- 27 -
6.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 27 -
6.4	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	- 28 -
6.5	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	- 28 -
6.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 28 -
6.7	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	- 28 -
<b>7</b>	<b>Chronische nierinsufficiëntie: Afspraken tussen internisten/nefrologen en huisartsen</b>	<b>- 29 -</b>
7.1	Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie	- 29 -
7.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 30 -
7.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 31 -
7.4	Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	- 31 -
7.5	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	- 32 -
7.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	- 32 -
7.7	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	- 33 -
7.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	- 33 -

## 1 Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen

### 1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase

- Bij instabiele AP zonder actuele klachten verwijst de huisarts dezelfde dag en start medicatie in overleg met de cardioloog.
- Ingeval van acuut coronair syndroom (acuut myocardinfarct en instabiele AP met op dat moment) klachten: meteen ambulance bellen en zo mogelijk direct huisbezoek.
- Indien de huisarts als eerste arriveert, houdt deze de regie tot ambulance personeel er is en start de volgende behandeling:
  - nitraat sl, bij aanhoudende pijn iedere vijf minuten herhalen (tenzij RR syst < 90, pols < 50)
  - zo mogelijk waaknaald inbrengen
  - bij aanhoudende pijn 5-10 mg morfine langzaam i.v. of 50 microgram fentanyl.
  - geef oplaaddosis ascal 160 mg oraal
  - geef bij bradycardie (< 50/min) en dalende tensie 0.5 mg atropine i.v.
  - indien beschikbaar O2 bij cyanose/dyspnoe
- Ambulancepersoneel maakt ECG .
- Indien ST-elevaties wordt gekozen voor interventiecentrum.
- Huisarts belt cardioloog om de komst van de patiënt aan te kondigen.

### 1.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist in acute fase

- De huisarts draagt mondeling en schriftelijk over aan ambulance personeel.
- De huisarts schrijft verwijsbrief aan cardioloog met: personalia, aard/duur van de klachten, VG, actuele medicatie, reeds gegeven medicatie en effect daarvan, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, bereikbaarheid huisarts (intercollegiaal en / of mobiel nummer).
- Indien nodig faxt huisarts aanvullende informatie naar een afgesproken faxnummer.
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer.

### 1.3 Informatieoverdracht van specialist naar huisarts in subacute fase

- De cardioloog informeert de huisarts binnen drie dagen na ontslag over:
  - De diagnose (grootte van het infarct / of geen VF gehad)
  - De behandeling en het verloop: aard van de ingreep, complicaties
  - Actuele medicatie
  - Verder behandelplan, waaronder hartrevalidatie
  - Contactgegevens

### **Aanbeveling**

Huisarts / POH neemt al na ontvangst van de eerste (ontslag-)brief na opname contact op met de patiënt. Dit om het beloop te volgen, en waar nodig onduidelijkheden voor de patiënt na te vragen bij de behandelend cardioloog.

## 1.4 Controles specialist

**Bij ongecompliceerd verloop** blijft de patiënt in principe tot twaalf maanden na het event onder behandeling van de cardioloog.

- De behandeling betreft over het algemeen de volgende controles:
  - 4 tot 6 weken na ontslag.
  - 3 maanden na ontslag, waaronder: lipidenbepaling, definitief afspreken medicatie en check hartrevalidatie.
  - 6 tot 12 maanden na ontslag (afhankelijk of de patiënt stabiel is) vindt in principe de laatste controle voor overdracht aan huisarts plaats: Patiënt krijgt voor drie maanden medicatie mee en de cardioloog zorgt voor overdracht aan huisarts (zie afspraken onder paragraaf 1.7).

## 1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn

Terugverwijzing voor follow-up in de eerste lijn is in principe 6 tot 12 maanden na het event (infarct behandeling of PCI/CABG wegens dreigend infarct) mogelijk bij patiënten:

- Met een goede functie van de LV.
- Zonder verhoogde kans op hartfalen.
- Zonder rest ischaemie.
- Zonder angina pectoris NYHA-klasse III/IV.
- Zonder ernstige afwijkingen bij een inspannings-ECG.
- Zonder een matig tot ernstig kleplijden.
- Die geen ventrikelfibrilleren (VF) hebben doorgemaakt
- Waarbij geen problemen worden ondervonden bij instellen van adequate secundaire-preventiemaatregelen.

## 1.6 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

Direct na het laatste polikliniekbezoek door de cardioloog ontvangt de huisarts de ontslagbrief van de polikliniek met daarin:

- Het ECG van patiënt bij ontslag (opmerking: dit is technisch nog onmogelijk. Afhankelijk van beschikbaarheid van ECG digitaal).
- De initiële lipidenwaarden en waarden bij ontslag.
- Bloeddruk, glucose (indien bepaald).
- De diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendagnosen en het verwachte beloop.
- De resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (inclusief linkerventrikelfunctie, uitgebreidheid en ernst van de resterende ischaemie).
- Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling: hartrevalidatie.
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur. (Bijzondere aandachtspunten: hoe lang Clopidogrel, harde indicatie voor doorgebruiken sterkere statine).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopreden.
- Resultaat hartrevalidatie aan het einde van het traject.
- Seinumnummer / mailadres waarop de laatste controlerende cardioloog bereikbaar is voor overleg.

## 1.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

- De huisarts roept patiënt op voor het CVR spreekuur binnen drie maanden na ontvangst van de (tweede) (ontslag)brief (na einde policonroles) en pakt controles op volgens ACT-protocol.

### Bijzonderheden bij follow-up van deze patiëntengroep:

Wanneer de patiënt voor ontslag door de cardioloog is overgezet op een minder potente statine, checkt de huisarts binnen zes weken of het LDL <2,5 is gebleven. Zo niet, dan terugzetten op oude statine.

## 1.8 Indicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

### Verwijzing

De huisarts verwijst patiënt terug naar de cardioloog bij het opnieuw optreden van klachten.

### **Verwijs direct** bij:

- AP klachten die niet binnen 15 minuten afnemen (na rust / nitraten).
- Instabiele AP.

### **Overleg met de cardioloog** over de urgentie van verwijzing bij:

- AP ondanks combinatiebehandeling met twee middelen.
- Aanwijzingen voor hartfalen of ritmestoornissen.
- Niet behalen van einddoelen wat betreft bloeddruk en LDL (dan verwijzen naar internist-vasculair geneeskundige).

### Consultatie specialist

Soms kan in plaats van verwijzing volstaan worden met de consultatie van de specialist. Bijvoorbeeld voor korte vragen over de logistiek van verwijzing (op welke termijn / doet de huisarts eerst nog onderzoek), of advies bij wisselen medicatie bij intolerantie of niet bereiken van de streefwaarden.

## 1.9 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

### Informatieoverdracht bij verwijzing en consultatie

Zie bij paragraaf 1.2.

### Werkwijze verwijzing en consultatie

Huisarts e-mailt / faxt alle voor het beantwoorden van de vraag benodigde informatie en krijgt per fax of e-mail binnen drie dagen antwoord.

## 1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli cardiologie

Dienstdoende cardioloog, sein 477.




## 2 TIA / CVA: afspraken tussen neurologen en huisartsen

### 2.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase

#### Bij verdenking CVA

1. Anamnese en onderzoek door huisarts conform richtlijnen en onderstaand schema

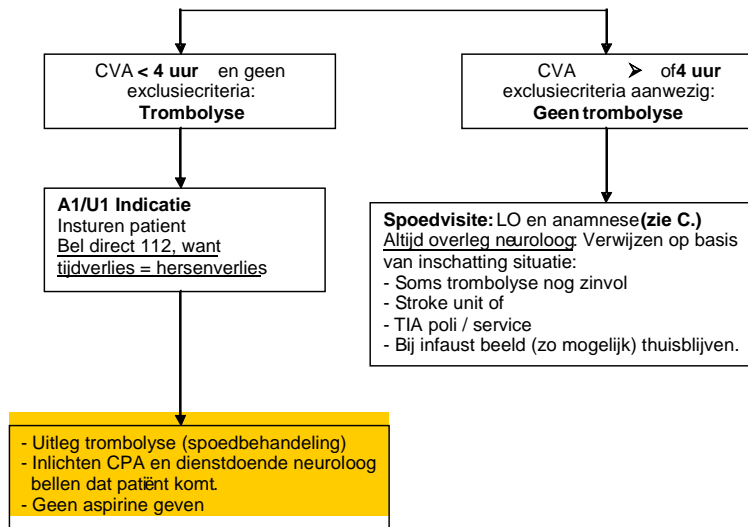
#### Anamnese

FAST-test  bijlage

(NB: denk ook aan CVA bij peracuut ontstane draaiduizeligheid)

#### Lichamelijk onderzoek

- a. Neurologisch: bewustzijn, gezichtsveld, spraak (afasie en dysarthrie), kracht gelaatsmusculatuur, kracht bovenste en onderste extremiteiten,
  - b. Hartritme en auscultatie hart (atriumfibrilleren?).
  - c. Bloeddruk
  - d. Bloedsuiker bepalen.
2. Vertoont iemand één of meer symptomen van een beroerte? Stel vast hoe laat de klachten begonnen zijn en laat direct ambulance A1 rijden.
- Tijdswinst bij verwijzing is van groot belang: huisarts maakt bij twijfel een spoedvisite. Bij twijfel is tevens van belang wanneer een patiënt voor het laatst goed gezien is. In principe worden patiënten altijd direct verwezen naar een neurologieafdeling met trombolysfaciliteiten. Slechts in hoge uitzondering (bijv. bij uitgebreide comorbiditeit) zal van verwijzing worden afgezien. Bij twijfel overleg met de neuroloog



Exclusiecriteria trombolyse: bijlage

#### Bij verdenking TIA

- De huisarts neemt direct telefonisch contact op met de neuroloog voor overleg over het tijdstip van consultatie en tot die tijd eventueel al te starten medicatie.
- Het risico op een (groter) CVA is het grootst in de eerste twee dagen na een TIA.
- Zie tabel ABCD2 score voor risico-inschatting op CVA binnen twee dagen na TIA. Deze score zou mee kunnen wegen bij besluit iemand met TIA al of niet op te nemen c.q. ook in het weekend direct te screenen.
- Alleen in uitzonderingsgevallen (uitgebreide comorbiditeit) zal de huisarts afzien van verwijzing en naar eigen inzicht deel van diagnostiek en behandeling starten.

## 2.2 Informatieoverdracht van huisarts naar neuroloog in acute fase


- Huisarts geeft brief mee met daarin het tijdstip van optreden / beloop van de klachten, patiëntgegevens over exclusiecriteria voor trombolyse, medicatiegebruik en voorgeschiedenis, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, inclusief glucose. Indien bekend reanimeerbeleid.
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer, e-mail adres.

## 2.3 Uitgangspunten van de behandeling in de tweede lijn bij TIA/herseneninfarct

#### Bij verdenking TIA:

- De huisarts neemt direct telefonisch contact op met de neuroloog op de huisartsenlijn van het SLAZ voor overleg over het tijdstip van consultatie en tot die tijd eventueel al te starten medicatie. Aanmelden voor de TIA-service kan ook buiten kantooruren.
- Als de klachten en/of symptomen < 24 uur geleden zijn opgetreden, zullen patiënten op de dag van aanmelding naar de SEH verwezen worden, alwaar naast het neurologische anamnese en onderzoek dezelfde dag laboratoriumonderzoek, ECG en CT-hersenen verricht zal worden. De duplex carotiden zal bij voorkeur diezelfde dag, maar uiterlijk de

dag erop worden verricht. Patiënten komen < 1 week na het verrichten van de duplex carotiden terug op de stroke nazorgpoli voor uitleg over het aanvullend onderzoek, diagnose en behandeling.

- Patiënten wiens klachten en/of symptomen > 24 uur geleden zijn opgetreden, kunnen binnen liefst 24, maximaal 48 uur, terecht op onze TIA-service, waarbij patiënt van maandag t/m vrijdag tijdens een dagopname bovengenoemd onderzoek zal ondergaan, hetgeen wordt afgesloten met uitleg over het aanvullend onderzoek, diagnose en behandeling. Daarna komen deze patiënten binnen 2 weken terug op de stroke nazorgpoli.
- Patiënten die nog neurologische uitval hebben worden dezelfde dag op de afdeling Spoedeisende hulp beoordeeld.
- Het risico op een (groter) CVA is het grootst in de eerste twee dagen na een TIA.
- Zie tabel ABCD2 score  voor risico-inschatting op CVA binnen twee dagen na TIA. Deze score zou mee kunnen wegen bij besluit iemand met TIA al of niet op te nemen c.q. ook in het weekend direct te screenen.
- Alleen in uitzonderingsgevallen (uitgebreide comorbiditeit) zal de huisarts afzien van verwijzing en naar eigen inzicht deel van diagnostiek en behandeling starten.

#### Bij verdenking CVA:

- Op de stroke nazorgpoli van het SLAZ wordt aandacht besteed aan de psychosociale gevolgen van de stroke, het zo optimaal mogelijk instellen van de medicatie die voorgeschreven wordt ter secundaire preventie en het verbeteren van leefstijlfactoren die bijdragen aan het recidief risico op vasculaire gebeurtenissen.
- De bezoeken vinden plaats op 2 weken (AIOS neurologie of neuroloog) en 6 weken (verpleegkundig specialist stroke), na de stroke op de polikliniek neurologie met daarna verder vervolg op indicatie.
- Tijdens het traject op de nazorgpoli wordt door arts en verpleegkundig specialist een inschatting gemaakt of de actuele paramedische therapie voldoet en zo nee, of er vanuit de afdeling neurologie extra paramedische expertise ingeschakeld dient te worden. Ook wordt een inschatting gemaakt of het eventueel aanvragen van neuropsychologisch onderzoek en/of psychologische begeleiding geïndiceerd is. Van de bezoeken die aan de arts worden afgelegd, wordt correspondentie naar de huisarts en eventuele andere behandelende artsen verzonden. Na het laatste bezoek aan de verpleegkundig specialist en neuroloog wordt een afrondende brief verzonden.

#### Verwijsindicaties binnen de tweede lijn

De neuroloog verwijst de patiënt:

- Naar de **cardioloog** bij
  - a) patiënt < 50 jaar
  - b) verdenking op een cardiale emboliebron:
- aandoening hartspier (recent myocardiinfarct, gedilateerde cardiomyopathie)
- klepvitium of –prothese (souffle of click bij auscultatie)
- hartritmestoornis (atriumfibrilleren, Sick Sinus syndroom)

- c) afwijkend ECG
- d) verdenking endocarditis
- e) corticale herseninfarcten in verschillende stroomgebieden
  - Naar de **revalidatie** bij ernstige beperkingen, cognitieve functiestoornissen en/of bij jonge patiënten.
  - Naar de **vaatchirurg** voor operatie bij carotisstenose > 70% bij vrouwen, bij mannen vanaf 50%.
  - Naar **internist/vasculair geneeskundige**:
    1. bij > 20% stijging van het kreatinine-gehalte tijdens de behandeling met antihypertensiva (ACE-remmer of angiotensine-II-receptorantagonist)
    2. indien de bloeddruk onder gebruik van 2 verschillende typen antihypertensiva niet < 140/90 mmHg is.
    3. bij een GFR < 60 bij patiënten jonger dan 65 jaar, bij een GFR van 30-45 bij patiënten tussen 65 en 75 jaar en bij een GFR < 30 bij patiënten ouder dan 75 jaar (dit alles in geval er geen micro-albuminurie bestaat)
    4. bij het bij herhaling vastgesteld hebben van micro-albuminurie

Medicamenteuze behandeling na TIA/CVA:

a) Trombocytenaggregatieremmers:

- 2 weken behandeling met acetylsalicylzuur 160 (2x80) mg, hierna 80mg 1dd
- 2 weken dipyridamol retard 200mg 1dd1, hierna 2dd1
- bij trombolyse starten na 24 uur

b) antihypertensieve behandeling

Start:

- 14 dagen na CVA
- 7 dagen na een CVA met lichte uitvalsverschijnselen
- direct na een TIA na normale duplex carotiden
- week 2: eerste bezoek stroke nazorgpoli bij A(N)IOS/neuroloog start ACE-remmer of angiotensine II-antagonist in de laagste dosering (bijvoorbeeld perindopril 1dd 2 mg)
- week 3-4: verdubbelen van de dosis van de ACE-remmer of angiotensine II-antagonist (bijvoorbeeld perindopril 1 dd 4 mg).
- week 5: laboratorium controle kreatinine, ureum, natrium, kalium, cholesterol en LDL-cholesterol
- week 6: bij bezoek stroke nazorgpoli bij veepleegkundig specialist stroke als RR > 140/90 mmHg: diureticum toevoegen aan ACE-remmer of angiotensine II-antagonist (bijvoorbeeld indapamide 1 dd 2,5 mg of (lieftst in combinatietablet) hydrochloorthiazide 12,5 mg, gevolgd door controle natrium en kalium.

c) statines: als LDL cholesterol (niet nuchter) > 2,5 mmol/l;

- start simvastatine 40 mg.
- controle week 5, als LDL > 2,5 mmol/L dan start atorvastatine 1 dd 20 mg,

#### Afstemming zorg bij verwijzing binnen de tweede lijn

Bij doorverwijzing naar de vaatchirurg of cardioloog gelden de volgende afspraken met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor het (cardio)vasculair risicomanagement inclusief de behandeling van hypertensie en cholesterol: de neuroloog blijft het aanspreekpunt.

### 2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn

- De neuroloog ziet de patiënt 2 en 6 weken na TIA of CVA terug op de stroke nazorgpolikliniek, respectievelijk door de A(N)IOS neurologie of neuroloog en de verpleegkundig specialist stroke en op indicatie wordt de patiënt nog langer vervolgd.
- De neuroloog verwijst de patiënt daarna terug naar de huisarts voor het verdere cardiovasculaire risicomanagement.

### 2.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn


Binnen één week na ontslag uit de kliniek ontvangt de huisarts de ontslagbrief met daarin:

- Beloop en restbeperkingen, neurologisch onderzoek bij ontslag (indien bekend ook beperkingen op cognitief vlak).
- Risicofactoren en het verwachte beloop.
- Eventuele verwijzingen naar en afspraken met cardioloog / chirurg / revalidatie / BAC/vasculair geneeskundige.
- Bloeddruk, lipiden, glucose.
- Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling.
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur (en redenen bij afwijking van het protocol).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie / stopredenen.

Binnen een week na het laatste bezoek aan de stroke nazorgpoli volgt nog een brief met :

- Bloeddruk, lipiden, glucose.
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur (en redenen bij afwijking van het protocol).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie / stopredenen.
- Eventuele verzoeken om laboratoriumonderzoek te herhalen i.h.k.v controle bij de medicatie die voorgeschreven is ter secundaire preventie.
- E-mailadres waarop de zorgverleners die betrokken zijn bij de stroke nazorgpoli bereikbaar zijn voor overleg.

## 2.6 Uitgangspunten bij follow-up in de eerste lijn

- HA / POH neemt contact op met patiënt na ontvangst ontslagbrief of na thuiskomst en maakt, al naar gelang de urgentie van de bevindingen, een afspraak voor binnen vier weken en handelt volgens protocol het ACT-protocol  bijlage.

### Aandachtspunten bij de follow-up voor deze patiëntengroep

- Extra aandacht voor de onzichtbare gevolgen na een CVA, Indien in de thuissituatie op deze gebieden vragen of problemen ontstaan kan de patiënt ten allen tijde teruggezien worden op de stroke nazorgpolikliniek. Daartoe kan altijd contact opgenomen worden met de verpleegkundig specialist stroke, per telefoon of e-mail
- Ook aandacht besteden aan de zelfredzaamheid, cognitief functioneren / depressie, belasting mantelzorg, hulp thuiszorg.
- Verwijs zo nodig naar het Beroerte Advies Centrum voor bijzonder expertise op het gebied van de zorg na CVA . ([www.beroerteadviescentrum.nl](http://www.beroerteadviescentrum.nl))
- Bij twijfel opnieuw consult neuroloog.

## 2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli neurologie

#### Bij verdenking TIA:

Huisartsenlijn van het SLAZ: 020- 5108954 en dan sein 306

Of dienstdoende A(N)IOS neurologie op sein 200

TIA-service: [tiaservice@slaz.nl](mailto:tiaservice@slaz.nl)

#### Stroke nazorg:

verpleegkundig specialist stroke M. Moonen

tel 020- 5108954, sein 568

e-mailadres: [strokenazorg@slaz.nl](mailto:strokenazorg@slaz.nl)

Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio



1. Er wordt in het ziekenhuis trombolyse gegeven en is er een stroke-unit.
2. Er is geen maximale waarbinnen een TIA patiënt gezien zou moeten worden?
3. Er is een TIA service waar binnen één dag de diagnostiek wordt afgerond.
4. Er is voor het inventariseren / behandelen van de cardiovasculaire risicofactoren samenwerking met de volgende specialisten: internisten, nefrologen en op het stroke nazorgspreekuur is tevens uitgebreide expertise aanwezig voor begeleiding bij bereiken en handhaven van accurate secundaire preventie en verbetering van leefstijl na een TIA of CVA.
5. Wat zou dan precies het moment van overdracht naar de eerste lijn kunnen zijn, afhankelijk van de zorg die de huisarts in eigen praktijk aanbiedt. Het liefst zien we op de stroke nazorgpoli de patiënten na een TIA of licht CVA na 2 en 6 weken terug en op indicatie nog langer en zien we de CVA patiënten die na verblijf in het ziekenhuis gaan revalideren in een revalidatiecentrum of een CVA-afdeling van een verpleeghuis tijdens hun verblijf aldaar na 9 weken terug voor een afspraak bij de verpleegkundig specialist of stroke verpleegkundige.  
Voor een poli-afspraak voor deze laatste groep patiënten kan gemaild worden naar de stroke nazorg poli.


### 3 Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV): afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen

#### 3.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: diagnostiek.


De diagnose kan in de eerste lijn meestal worden gesteld aan de hand van:

- **Anamnese:** pijnklachten in billen/dijen en/ of kuiten na het lopen van bepaalde afstand die afzakt bij stilstaan.(NB: als de klachten overgaan bij zitten of vooroverbuigen meer verdacht voor neurogene claudicatio).

**Lichamelijk onderzoek:** bestaande uit het voelen van perifere pulsaties, de huilttemperatuur, het kijken naar trofische stoornissen (dunne en atrofische huid; verminderde turgor; ontbreken van beharing tenen, voorvoet, onderbenen; verdikte, gedeformeerde, brokkelige, langzaam groeiende nagels; pigmentatie, vooral in het gebied boven de enkels; koude, dove voeten; slecht genezende huidwondjes; zwelling; roodheid) aangevuld met de blanching and depending rubor -test (  ) en de enkel-arm index. Op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek is het mogelijk het vaatlijden in te delen in de stadia volgens Fontaine. De indeling volgens Fontaine zie 

- **Aanvullende diagnostiek** in de vorm van de enkel-arm index kan helpen om vaatlijden als oorzaak van de klachten meer of minder waarschijnlijk te maken. Voor methodiek enkel-armindex:  Let wel: De **EAI is onbetrouwbaar bij diabetes** en moet bij deze groep niet verricht worden
- **Discussiepunten/ valkuilen** betreffende de huisartsgeneeskundige diagnostiek van perifeer vaatlijden:
  - perifere pulsaties zijn vaak lastig te voelen (onderzoeker voelt zijn eigen vingerpulsaties) en kunnen ten onrechte geruuststellen. Bij een iliacale stenose kunnen de perifere pulsaties voelbaar blijven.

#### 3.2 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: behandeling en follow-up

- Inventarisatie en behandeling risicofactoren volgens ACT-protocol. 

Aandachtspunten bij de follow-up voor deze patiëntengroep:

- Patiënten met PAV dienen (ongeacht het lipidenprofiel) behalve een plaatjesremmer een cholesterolverlagend middel te krijgen. Statines hebben een gunstig effect op cardio- en cerebrovasculaire mortaliteit en morbiditeit, niet op het perifeer vaatlijden zelf. Geen enkele medicamenteuze therapie is bewezen effectief in het voorkomen van amputatie.
- Bètablokker relatief gecontra-indiceerd? Omstreden: klachten kunnen iets verslechteren maar, indien patiënt echt niet zonder kan voor bloeddrukregulatie, dan 'mag' het. Vaatverwijdende bètablokkers hebben dan waarschijnlijk voorkeur (carvedilol, nebivolol, etc).



- Verwijzing naar door fysiotherapie gesuperviseerde looptraining, gedurende minstens 6 maanden 2-3 x/week. Na 3 maanden evaluatie van het effect.

**NB** loopadvies zonder begeleiding is zinloos.

Zie [www.ACT020.nl](http://www.ACT020.nl) onder kennisbank / downloads voor een overzicht van gespecialiseerde fysiotherapeuten.

### 3.3 Verwijsindicaties naar de tweede lijn

In de volgende situaties verwijst de huisarts voor nadere diagnostiek en/of behandeling naar een vaatchirurg:

- Als een bepaling van de enkelarm-index nodig is die niet in eigen beheer kan worden uitgevoerd (diagnostiek).
- Bij persisterende verdenking gezien anamnese en normale enkelarm-index ter analyse aanbieden.
- Bij een gemiddelde enkelarm-index van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose (diagnostiek).
- Bij patiënten met diabetes mellitus en een vermoeden van perifeer arterieel vaatlijden (diagnostiek, EAI niet betrouwbaar).
- Perifeer arterieel vaatlijden stadium 2 met snelle progressie van de klachten.
- Perifeer arterieel vaatlijden stadium 2 met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining (behandelopties evalueren) Bij blijvende verdenking en onduidelijke diagnostiek altijd verwijzen.
- Bij wond o.b.v. necrose (graag alvast kweek afnemen in de thuissituatie). Eventueel gedeelde zorg bij wonden, zie 3.10.
- Positieve blanching/depending rubor test: verwijzing binnen enkele dagen.

Indicaties voor **acute** verwijzing naar de vaatchirurg:

- Perifeer arterieel vaatlijden stadium 3 en 4 of een enkeldruk < 50 mmHg (behandelopties evalueren).
- Vermoeden van trombose of embolie (behandeling).

### 3.4 Consultatie van de tweede lijn

- Voor korte vragen is het mogelijk een consultatie te plegen: Bijvoorbeeld vraag over procedure van verwijzing, op welke termijn verwijzing, overleg wondbeleid, postoperatief probleem tussen controles optredend, echo-uitslag
- Procedure: Eerst vaatchirurg bellen. Voor vaatchirurgische vragen kunt u altijd bellen met de dienstdoende chirurg. Deze kan dan doorverbinden met een vaatchirurg of eventueel

een boodschap doorgeven. Indien het een wat minder urgente vraag is kunt u ook via de e-mail contact opnemen.

De vaatchirurgen van het SLAZ, OLVG en BovenIJ hebben een verregaande samenwerking middels het vaatcentrum Amsterdam. Voor informatie zie: [www.vaatcentrum-amsterdam.nl](http://www.vaatcentrum-amsterdam.nl)

### 3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

- Anamnese: ontwikkeling van de klachten.
- Bevindingen lichamelijk onderzoek.
- Voorgeschiedenis en eventuele andere beperkingen in mobiliteit die van invloed kunnen zijn op de afweging tot operatief (bijv. ernstig COPD, Hartfalen, Artrose).
- Risicofactoren: compliance en effect van medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling. Diabetes al of niet goed ingesteld.
- Actuele medicatie.
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer.

### 3.6 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

- Alle claudicatio patiënten krijgen in principe gesuperviseerde looptraining tenzij verwacht wordt dat het effect te weinig is. Patiënten gaan hiervoor 3 maanden 2-3 per week naar de fysiotherapeut en komen daarna terug bij specialist. Bij onvoldoende verbetering (volgens patiënt en behandelaar) volgt verder onderzoek.
- Bij voldoende verbetering: minimaal nog 3 maanden doortrainen. Dan nog 1x terug bij de vaatchirurg en verwijzing naar de eerste lijn.
- Besluit tot ingreep en welke ingreep wordt op de specifieke situatie van de patiënt toegesneden. Waar mogelijk is Dotterbehandeling eerste keus. Dat doet de interventieradioloog. De vaatchirurg start altijd met Statine en Ascal (op indicatie Plavix), maar doet verder geen CRM-zorg. Met name jonge mensen worden voor secundaire preventie doorgestuurd naar de vasculair internist. De vaatchirurgen hebben er geen bezwaar tegen als deze zorg door de huisarts overgenomen wordt. De vaatchirurg verricht niet standaard een echo abdomen bij mensen met perifere arterieel vaatlijden, maar voelt standaard wel in de buik.

### 3.7 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

Doorgaans verwijst de vaatchirurg patiënten terug naar de eerste lijn:

- Na geslaagde Dotter direct, of bij voldoende effect van fysiotherapie na 3-6 maanden.
- Wanneer vaatlijden is uitgesloten. Bij verdenking neurogene claudicatio wordt binnenshuis doorverwezen naar de neuroloog. In overige situaties gaat de patiënt in principe retour naar de huisarts voor verdere analyse/ begeleiding.
- Bij heel perifere gelegen vaatvernauwingen (kunnen niet verholpen worden.)

- In geval van chronische ischaemie type Fontaine II, een EAI tussen de 0,9 en 1,0 en indien er sprake is van een niet acuut niet vitaal bedreigde situatie en patiënt en vaatchirurg een ingreep niet geïndiceerd vinden.
- Ingeval operatief ingrijpen niet tot een te verwachte verhoging van de kwaliteit van leven zal leiden (bijv. bij ernstige mobiliteitsbeperkende andere factoren).

### 3.8 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De vaatchirurg schrijft binnen twee weken na ontslag een brief met:

- De uitgevoerde diagnostiek en de diagnose.
- Eventuele operatie of dotterbehandeling.
- Overige (niet-)medicamenteuze behandeling (bijv. loopadvies).
- Naam en bereikbaarheid behandelend specialist.

### 3.9 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

Na ontvangst van de ontslagbrief roept de huisarts de patiënt op voor controle volgens ACT-protocol. Het doel van het optimaliseren van de risicofactoren en het instellen op medicatie is niet het verbeteren van het vastgestelde perifere vaatlijden, maar het voorkomen van andere complicaties als myocardinfarct, TIA en nierinsufficiëntie.

### 3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

1. ECHO abdominale aorta, wordt in het OLVG niet standaard gedaan bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden. Er wordt alleen gepalpeerd. In het Act protocol wordt aan de huisarts ter overweging gegeven om alle patiënten met aangetoond vasculair lijden op het 60<sup>ste</sup> jaar 1-malig een ECHO van de aorta te laten krijgen. Op dit moment is er nog geen evidence betreffende de opbrengst hiervan.

#### Contactgegevens poli

Voor vaatchirurgische vragen kunt u altijd bellen met de dienstdoende chirurg: 020 – 510 89 11, pieper 420.

#### Vaatchirurgen SLAZ:

Drs R.C. van Nieuwenhuizen: r.vannieuwenhuizen@slaz.nl

Dr. A. Voorwinde: a.voorwinde@slaz.nl

Dr. J.M. Ultee: j.ultee@slaz.nl

Drs J. Bosma: j.bosma@slaz.nl (op maandagen en vrijdagen, overige dagen werkzaam in OLVG)

Indien bovenstaande niet lukt kunt u altijd nog contact opnemen met het secretariaat heelkunde; 020-5108740.

De vaatchirurgen van het SLAZ, OLVG en BovenIJ hebben een verregaande samenwerking middels het vaatcentrum Amsterdam. Voor informatie zie: [www.vaatcentrum-amsterdam.nl](http://www.vaatcentrum-amsterdam.nl)

Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio

- Wanneer een patiënt met zeer slechte vaten/ wonden naar huis gaat: veel aandacht nodig voor goede overdracht. Niet aarzelen voor consultatie over wondzorg. (zie 3.3)
- De vaatchirurgengroep van OLVG/SLAZ/BovenIJ vindt de enkel/arm index niet geschikt als eerstelijns diagnosticum. De bepaling kan met name in rust vals negatief uitvallen en wint aan betrouwbaarheid door hem te verrichten na een gestandaardiseerde inspanning. Daarnaast is de test weinig betrouwbaar in onervaren handen. De huisartsen uit de werkgroep willen, dit overwegende, de EAI niet direct uit het huisartsenarsenaal schrappen, maar onderzoeken in hoeverre dit instrument gevalideerd is in de eerste Lijn. De betrouwbaarheid van de EAI zal in de eerste Lijn al anders uitvallen vanwege de lagere prevalentie van vaatlijden in vergelijking met de vaatchirurgische populatie. Voorgesteld wordt om deze overwegingen onderwerp te laten zijn van de scholing betreffende transmurale afspraken. Ook wordt afgewacht wat de reactie van de vaatchirurgen in AMC en VU/Slotervaart hierop is.
- De vaatchirurgengroep van OLVG/SLAZ en BovenIJ is van mening dat alle patiënten bij wie de huisarts denkt aan vaatlijden, verwezen zouden moeten worden voor diagnostiek in een vaatlab. In deze ziekenhuizen is het vooralsnog niet mogelijk om bij het vaatlab als diagnostische verrichting een enkel/arm-index met daarbij een vaatchirurgische interpretatie aan te vragen (bestaat geen DBC voor). Een dergelijke voorziening zou wel een geschikt alternatief zijn voor patiënten met relatief geringe klachten waarbij de huisarts de behandeling nog heel goed in eigen beheer zou kunnen houden, maar waarbij hij meer zekerheid wil hebben over de diagnose.
- ECHO abdominale aorta, wordt niet standaard gedaan bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden. Er wordt alleen gepalpeerd. In het ACT protocol wordt aan de huisarts ter overweging gegeven om alle patiënten met aangetoond vasculair lijden op het 60<sup>ste</sup> jaar eenmalig een ECHO van de aorta te laten krijgen. Op dit moment is er nog geen evidence betreffende de opbrengst hiervan

## 4 Aneurysma Aortae Abdominalis: Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen

### 4.1 Aandachtspunten huisartsenpraktijk: acute fase en asymptomatische fase

- Bij het vermoeden van een lekkend aneurysma aortae abdominalis (AAA) wordt acuut verwezen naar een vaatchirurgisch team (U1).
- Bij het vermoeden van een asymptomatisch aneurysma aortae abdominalis wordt een echo (de grootste voor-achterwaartse doorsnede) aangevraagd. Bij een echo diameter van  $3\text{ cm} < 4,5\text{ cm}$ . wordt jaarlijks een echo herhaald.
- De huisarts schrijft bij aneurysma aortae abdominalis-patiënten de medicatie voor passend bij secundaire CVR preventie, naast de al gestarte behandeling met plaatjesaggregatieremmers. Streven naar tensie  $< 130\text{ mmHG}$ .

Verwijzing naar vaatchirurg vindt plaats bij:

- Diameter  $4,5\text{ cm}$  of meer (vaatchirurg doet halfjaarlijks echo, operatie-indicatie bij vrouwen  $5\text{ cm}$ , bij mannen  $5,5\text{ cm}$ ).
- Saccalair aneurysma altijd verwijzen (meer kans op ruptuur).
- Vermoeden op perifere embolieën vanuit het aneurysma (blu toes).

### 4.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

- Anamnese: ontwikkeling van de klachten.
- Bevindingen lichamelijk onderzoek.
- Voorgeschiedenis en eventuele andere beperkingen in het dagelijks functioneren die van invloed kunnen zijn op de afweging wel of niet operatief in te grijpen.
- Risicofactoren: compliance en effect van medicamenteuze en niet-medicamenteuze behandeling. Diabetes al of niet goed ingesteld.
- Actuele medicatie.
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer.

### 4.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

- Bij een AAA met een doorsnede van  $5,5\text{ cm}$  bij mannen /  $5,0\text{ cm}$  bij vrouwen is in het algemeen een electieve correctie aangewezen.
- De chirurg bepaalt op basis van zijn ervaring en de kenmerken van de patiënt de operatiewijze (diverse endovasculaire technieken of klassieke open techniek).

#### 4.4 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar de eerste lijn

- De vaatchirurg verwijst de patiënt terug naar de huisarts zodra de diagnose aneurysma aortae abdominalis is gesteld en deze nog geen 4,5 cm in doorsnede is.
- Als een patiënt een vaatprothese heeft gekregen wordt de patiënt na endoprotheses jaarlijks teruggezien (risico van uitzakken). Na klassieke operatie volgt controle 6 weken na OK. Hierna kan controle bij de huisarts plaatsvinden.

#### 4.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De vaatchirurg schrijft binnen twee weken na ontslag een brief met:

- De uitgevoerde diagnostiek en de diagnose.
- Eventuele operatie.
- Overige (niet-)medicamenteuze behandeling.
- Naam en bereikbaarheid behandelend specialist.

#### 4.6 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

De huisarts roept de patiënt na ontvangst van de ontslagbrief en includeert de patiënt in het follow-upsysteem.

Doelen:

- Preventie van een ruptuur
- Voorkomen van een progressie van de AAA
- Controle van progressie
- Preventie van andere manifestaties van gegeneraliseerd vaatlijden

Aandachtspunten bij de follow-up voor deze patiëntengroep

- CVRM volgens ACT-protocol.
- Jaarlijks wordt een echo verricht bij een grootte tussen 3 en 4,5 cm.
- TAR en statine.

#### 4.7 Verwijsindicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

- Er wordt bij een grootte van 4,5 cm naar de vaatchirurg verwezen.

#### 4.8 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

- Bij een electieve verwijzing van een patiënt met een AAA, vermeldt de huisarts: de grootte van het AAA, de duur ervan (voor zover bekend), comorbiditeit en ingestelde medicatie.

Voor consultatie zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.4 perifeer arterieel vaatlijden.

#### 4.9 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De vaatchirurg schrijft binnen twee weken na ontslag een brief met:

- De diagnose, de verrichte behandeling, de nevendiagnosen en het verwachte beloop.
- Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling.
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur.

#### 4.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

##### Contactgegevens poli

Voor vaatchirurgische vragen kunt u altijd bellen met de dienstdoende chirurg: 020 – 510 89 11, pieper 420.

##### Vaatchirurgen SLAZ:

Drs R.C. van Nieuwenhuizen: r.vannieuwenhuizen@slaz.nl

Dr. A. Voorwinde: a.voorwinde@slaz.nl

Dr. J.M. Ultee: j.ultee@slaz.nl

Drs J. Bosma: j.bosma@slaz.nl (op maandagen en vrijdagen, overige dagen werkzaam in OLVG)

Indien bovenstaande niet lukt kunt u altijd nog contact opnemen met het secretariaat heelkunde; 020-5108740.

De vaatchirurgen van het SLAZ, OLVG en BovenIJ hebben een verregaande samenwerking middels het vaatcentrum Amsterdam. Voor informatie zie: [www.vaatcentrum-amsterdam.nl](http://www.vaatcentrum-amsterdam.nl)

##### Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio

- Casefinding AAA in hoog risicogroepen. Er is evidence om mannen tussen de 65 en 75 jaar (die roken/gerookt hebben, bekend zijn met coronaria lijden of perifeer vaatlijden) of patiënten met een familiale belasting (eerstegraads familieleden) met een (A)AAA te

screenen op AAA met behulp van echografie. In het Act-protocol staat dat het de huisarts ter overweging gegeven wordt om mensen met arterieel vaatlijden 1-malig te screenen op AAA op het 60<sup>ste</sup> jaar.


- Het beleid bij een (vermoeden van) geruptureerd AAA. Alleen VU, AMC en OLVG doen acute AAA operaties, hebben bij toerbeurt dienst. Ambulancedienst weet welk ziekenhuis dienst heeft.



## 5 Hypertensie: Afspraken tussen internisten en huisartsen

### 5.1 Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn


- Bij patiënten met HVZ in de voorgeschiedenis wordt gestreefd naar een tensie van < 140 mmHG.
- De keuze van de middelen is afhankelijk van leeftijd, etniciteit en comorbiditeit (zie CBO richtlijn 2011).
- Het heeft de voorkeur om laag gedoseerd te beginnen en bij uitblijven van effect een middel toe te voegen van een andere groep. Kies bij combinaties middelen die op het RAAS systeem werken (bètablokkers, ACE remmers, ARB's) samen met niet-RAAS afhankelijke middelen (diuretica, calciumantagonisten).


 bijlage: stappenplan bij behandeling en de voorkeursmedicatie

### 5.2 Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Verwijzing naar internist vasculair-geneeskundige:

1. Therapieresistente hypertensie: wanneer de tensie langer dan 6 maanden boven de 140 systolisch blijft ondanks drie middelen uit drie van de vier bovengenoemde groepen.
2. Vermoeden van secundaire hypertensie. (Kans hierop is hoger bij jonge leeftijd <40 jaar.)
3. Hypertensieve crisis

 bijlage: voor een toelichting per indicatie.

 bijlage : Bloeddrukverhogende medicatie en middelen

### 5.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

#### Doelen

Optimaliseren van de antihypertensieve behandeling.

#### Inhoud beleid

Het medicamenteuze beleid van de internisten start in principe met generieke medicatie in diverse combinaties. Pas bij falen / bijwerkingen wordt gekozen voor duurder middelen. Leefstijlinterventies kunnen (nogmaals ) worden aangeboden. Indien geïndiceerd vindt aanvullende diagnostiek plaats naar oorzaken van hypertensie. Bij therapieresistente hypertensie kunnen aanvullende behandelingen overwogen worden (bijvoorbeeld: sympathectomie).

## 5.4 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

De internist verwijst terug naar de huisarts ingeval:

- De streefwaarde bereikt is (of een niet beter resultaat bereikt kan worden)
- De oorzaak van een eventuele secundaire hypertensie is behandeld
- Een stabiele situatie is bereikt
- Patiënten die >3 middelen gebruiken worden niet standaard terugverwezen.

## 5.5 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

- De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen op het CVRM spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek.
- Zie verder bij 5.1

## 5.6 Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

### Verwijzing

Huisarts schrijft brief met daarin minimaal de volgende gegevens:

- Beloop tensie
- Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat.
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie
- Huidige medicatie
- Relevante voorgeschiedenis
- Bereikbaarheid voor overleg (mail, intercollegiaal nummer, mobiel)
- Brief wordt gefaxt / gemaild / afspraak via zorgdomein

### Consultatie

Consultatie van internist: voor vragen aan de internist die vermoedelijk in kort bestek beantwoord kunnen worden zonder dat de internist de patiënt ziet, is de mogelijkheid van schriftelijke consultatie.

- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing, naar fax / e-mailadres.
- Huisarts ontvangt binnen drie dagen antwoord per mail / fax / telefoon

## 5.7 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De huisarts ontvangt z.s.m. na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Ook vermeldt de internist hoe hij bereikbaar is (seinnummer, e-mailadres) voor eventuele vragen.

## 5.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli

Voor nagekomen vragen of dringende vragen kan de huisarts een fax sturen via de polikliniek interne geneeskunde: 020 – 510 80 99.


Voor dringende vragen: telefonisch contact opnemen met de behandelend internist via het secretariaat (tel 020 - 510 88 82).

-

## 6 Hyperlipidemie: Afspraken tussen internisten en huisartsen

### 6.1 Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn.

- In de secundaire preventiegroep wordt gestreefd naar een LDL < 2,5.
- Simvastatine 40 mg/dag wordt als referentie beschouwd.
- De gemiddelde LDL-daling die hiermee wordt bereikt is 37%.

 bijlage: tabel afname serumconcentratie LDL bij verschillende doseringen statines en de bijwerkingen.

 bijlage: stappenplan bij niet bereiken van de een LDL  $\leq$  2,5 mmol/L

### 6.2 Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van tweede lijn

Overweeg verwijzing naar een internist-vasculair geneeskundige indien:

- Er een hoog risico op HVZ blijft bestaan en er gedurende > 1 jaar een therapieresistente te hoge LDL waarde is.
- LDL persisterend > 2,5 mmol/L
- Triglyceriden > 5 ondanks maximale medicatie.
- De internisten schrijven geen specialités voor, tenzij dwingende redenen.
- Verdinking familiale hypercholesterolemie volgens de STOEH-criteria (zie NHG standpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie).
- Onacceptabele bijwerkingen van statines.

### 6.3 Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

#### Verwijzing

Huisarts schrijft brief met daarin minimaal de volgende gegevens:

- Beloop hyperlipidemie.
- Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat.
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie.
- Huidige medicatie.
- Relevante voorgeschiedenis.
- Bereikbaarheid voor overleg (mail, intercollegiaal nummer, mobiel).
- Brief wordt gefaxt / gemaild / afspraak via zorgdomein.

#### Consultatie

Voor vragen die vermoedelijk in kort bestek beantwoord kunnen worden en waarbij het niet nodig is dat de internist de patiënt ziet kan soms gekozen worden voor telefonische of schriftelijke consultatie van de internist.

**Afspraken m.b.t de consultatieprocedure:**

- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing, naar fax / e-mailadres.
- Huisarts ontvangt binnen drie dagen antwoord per mail / fax / telefoon.

## 6.4 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

Doelen

Optimalisatie van de behandeling van de dyslipidemie

Inhoud beleid

Aanpassing van de medicamenteuze en niet medicamenteuze therapie. Zo nodig aanvullende diagnostiek om oorzaken van de dyslipidemie op te sporen en zo nodig te behandelen.

## 6.5 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

De internist-vasculair geneeskundige verwijst terug naar de huisarts als:

- De streefwaarde bereikt is (of een niet beter resultaat bereikt kan worden).
- De oorzaak van een eventuele secundaire hyperlipidemie is behandeld.
- Een stabiele situatie is bereikt.

## 6.6 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

- De huisarts ontvangt binnen 3 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Ook vermeldt de internist-vasculair geneeskundige hoe hij bereikbaar is (seinumnummer, e-mailadres) voor eventuele vragen.

## 6.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens poli

Voor nagekomen vragen of dringende vragen kan de huisarts een fax sturen via polikliniek interne geneeskunde: 020 – 510 80 99.

Voor dringende vragen: telefonisch contact opnemen met de behandelend internist via het secretariaat (tel 020 - 510 88 82).

## 7 Chronische nierinsufficiëntie: Afspraken tussen internisten/nefrologen en huisartsen

### 7.1 Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie

Chronische nierinsufficiëntie bestaat tegenwoordig veelal o.b.v. vaatlijden. Bij presentatie is dit meestal nog niet duidelijk en zal de huisarts eerst andere oorzaken van de nierinsufficiëntie overwegen en uitsluiten. Denk daaraan o.a. glomerulonefritis, NSAID gebruik, obstructie-nefropathie.

#### **Anamnese:**

NSAID-gebruik, mictieklachten, roodbruine urine, flankpijn, huidafwijkingen, gewrichtspijnen, fam.anamnese (cystenieren).

#### **Onderzoek:**

Retentieblaas (!!!), (plots) verhoogde tensie, oedeem, arthritiden, huidafwijkingen.

#### **Verder onderzoek:**

Erythrocyturie (cylinders), echo blaas /nieren, eventueel proefcatheterisatie.

#### **Beleid bij niet-vasculaire problematiek**

- Bij vermoeden NSAID-effect NSAID's stoppen (actief vragen naar over the counter gebruik) en herstel nierfunctie monitoren.
- Bij vermoeden primaire nierziekte overleg nefroloog over termijn van verwijzing.
- Bij obstructienefropathie verwijzen naar uroloog om de afvloedbelemmering op te heffen.

#### **Beleid (vermoedelijke) vasculaire nierinsufficiëntie**


De volgende afspraken hebben betrekking op die patiënten bij wie sprake is van chronisch verminderde nierfunctie, niet berustend op één van bovengenoemde oorzaken.

Onderstaande categorieën blijven in principe in behandeling en onder controle van de huisarts:

- a. Patiënten > 65 jaar en een eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (fysiologisch verminderde nierfunctie).
- b. Patiënten met (persisterende) microalbuminurie en een eGFR > 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

#### In zijn algemeen geldt voor de behandeling en controle:

- Zie algemeen ACT-protocol voor de behandeling van de CVR risicofactoren.

 bijlage: act-protocol.

- Indien ook hypertensie: zoutbeperking tot 5 gr/dag (door geen zout toe te voegen bij voedsel en gebruik van industrieel bereide voedingsmiddelen te vermijden).
- Controle initieel 2 - 3 x per jaar: eGFR, microalbumine/ kreatine ratio in de urine. Indien stabiel dan kan jaarlijkse controle volstaan met meting van RR, eGFR, microalbuminurie, glucose.
- Vraag aanvullend lab aan ter opsporing van metabole complicaties bij de volgende patiënten: Patiënten < 65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> of > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/ min/1,73m<sup>2</sup> . De bepaling betreft Hb, kalium, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH.
- Vitamine D als PTH> 7,7 mmol/l, controle Calcium en Fosfaat na 4 weken.

## 7.2 Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Zie onderstaand schema voor indicaties voor verwijzing naar en/of consultatie naar de tweede lijn

	Patiënten > 65 jaar	
	Normo/micro-albuminurie	Macro-albuminurie
eGFR > 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>		
eGFR 30 tot 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>		
eGFR < 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup>		
Patiënten < 65 jaar		
eGFR > 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>		
eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>		
eGFR < 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>		

	Groen	Begeleiding in de eerste lijn
	Geel	Consultatie nefroloog
	Rood	Verwijzing naar de tweede lijn

### Consultatie nefroloog

Overweeg consultatie van de nefroloog bij:

- Patiënten < 65 jaar en eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
- Patiënten > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/ min/1,73m<sup>2</sup>

### Toelichting

- Indien er afwijkingen zijn bij het aanvullend laboratoriumonderzoek kan vaak, zonder dat de patiënt hiervoor naar de tweede lijn verwezen hoeft te worden, in overleg met de nefroloog het verdere beleid worden afgesproken. Bijvoorbeeld bij stoornissen in de calcium- en fosfaathuishouding, hyperkaliëmie, bij anemie en bij een metabole acidose; zie hiervoor ook het kader. Bij deze consultatie is er aandacht voor het te volgen beleid:

- Overleg met de nefroloog welke medicatie moet worden voorgeschreven, wanneer er opnieuw laboratoriumonderzoek gedaan moet worden en wanneer er opnieuw overlegd moet worden. Indien de nierfunctie snel achteruit gaat (eGFR afname meer dan  $3 \text{ ml/min/1.73m}^2$  per jaar) of er een toename is van de microalbuminurie ondanks adequate behandeling van de bloeddruk kan overlegd worden of er nog aanvullende maatregelen genomen moeten worden of dat patiënt verwezen moet worden.

#### Verwijzing naar de nefroloog

De volgende categorieën patiënten worden voor verdere diagnostiek en behandeling verwezen naar de tweede lijn:

- Patiënten met macro-albuminurie (proteïnurie) ongeacht de hoogte van de eGFR.
- Patiënten < 65 jaar en een eGFR <  $45 \text{ ml/min/1,73m}^2$ .
- Patiënten > 65 jaar en een eGFR <  $30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ .
- Vermoeden van onderliggende primaire nierziekten (bijv. glomerulonefritis, cystenieren).

### 7.3 Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

#### Verwijzing

Huisarts schrijft brief met daarin minimaal de volgende gegevens:

- Beloop nierfunctie
- Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat.
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie
- Huidige medicatie
- Relevante voorgeschiedenis
- Bereikbaarheid voor overleg (mail, intercollegiaal nummer, mobiel)
- Brief wordt gefaxt / gemaild / afspraak via zorgdomein

#### Consultatie

Consultatie van internist: voor vragen aan de internist die vermoedelijk in kort bestek beantwoord kunnen worden zonder dat de internist de patiënt ziet, is de mogelijkheid van schriftelijke consultatie.

- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing, naar fax / e-mailadres.
- Huisarts ontvangt binnen drie dagen antwoord per mail / fax / telefoon

### 7.4 Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Bij verwijzing of consultatie bevat de verwijsbrief van de huisarts de volgende gegevens:

- Anamnestiche gegevens.



- eGFR, indien bekend verloop van de nierfunctie, de mate van albuminurie, uitslag van sedimentsonderzoek op specifieke afwijkingen (indien verricht).
- Medicatie-overzicht en indien relevant, intoleranties en reden van stoppen medicatie
- Uitslag van aanvullend laboratoriumonderzoek ter opsporing van metabole complicaties (Hb, kalium, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH).
- indien verricht: uitslag van echografie.
- Contactgegevens huisarts waaronder e-mail en 06.

## 7.5 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

### I Voorkomen van verdere nierfunctieverlechtering en metabole complicaties

- **Preventie van progressie van nierschade**
  - Stoppen met roken;
  - Verminderen overgewicht;
  - Behandeling hoge bloeddruk: streefwaarde RR  $\leq$  130/80 mmHg; zoutbeperking (5 gram/dag);
  - Reductie proteïnurie tot ten minsten  $<1$  gram/dag;
  - Eiwitbeperkt dieet: 0,8 gram eiwit/kg ideaal lichaamsgewicht.
- **Preventie van ontstaan van additionele nierschade**
  - Voorkomen van dehydratie/ondervulling;
  - Voorkomen van gebruik nefrotoxische medicatie (bijvoorbeeld NSAID's);
  - Voorzichtig gebruik röntgencontrastmiddelen.

### II Voorkomen van late complicaties


- **Preventie cardiovasculaire complicaties**
- **Preventie van stoornissen calciumfosfaathuishouding**
  - Secundaire hyperparathyreoïdie;
  - Extra-ossale calcificaties;
  - Renale osteodystrofie.
- **Preventie van anemie**
- **Preventie van metabole acidose**
- **Voorkomen uremische klachten**

### III Behandeling van symptomen zoals oedeem

## 7.6 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De huisarts ontvangt binnen 3 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Ook vermeldt de internist/nefroloog hoe hij bereikbaar is (seinnummer, e-mailadres) voor eventuele vragen.

## 7.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

De huisarts roept de patiënt binnen 3 maanden na ontslag uit de tweede lijn voor verdere controles op het CVRM-spreekuur.  ACT-protocol in bijlage

## 7.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli

Voor nagekomen vragen of dringende vragen kan de huisarts een fax sturen via polikliniek interne geneeskunde: 020 – 510 80 99.

Voor dringende vragen: telefonisch contact opnemen met de behandelend internist via het secretariaat (tel 020 - 510 83 90).

Consultatie ook per e-mail: [c.siegert@slaz.nl](mailto:c.siegert@slaz.nl)