

## Transmurale afspraken Cardiovasculaire aandoeningen Amsterdam, regio OLVG

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

#### **Vanuit het OLVG**

Vanessa Leijdekkers, vaatchirurg

Hans Bosboom, neuroloog

Sanne van Wissen, internist-vasculair geneeskundige

Yves Smets, internist-nefroloog

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

Xavier Hofman, Ilona Statius Muller, Marije Holtrop, huisartsen

Marianne Bramson, senior adviseur 1ste Lijn Amsterdam,  
regioadviseur Oost

#### **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 2015

## 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 het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) 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 1<sup>ste</sup> 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>1</b>
<b>Doel en totstandkoming</b>	<b>2</b>
<b>De inhoud van de handreiking</b>	<b>2</b>
<b>1 Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen</b>	<b>5</b>
1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	5
1.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist in acute fase	5
1.3 Informatieoverdracht van specialist naar huisarts in subacute fase	5
1.4 Controles specialist	6
1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn	7
1.6 Informatieoverdracht bij terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn	7
1.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	7
1.8 Indicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van tweede lijn	8
1.9 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	8
1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	9
<b>2 TIA / CVA: afspraken tussen neurologen en huisartsen</b>	<b>11</b>
2.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	11
2.2 Informatieoverdracht van huisarts naar neuroloog in acute fase	13
2.3 Uitgangspunten van de behandeling in de tweede lijn bij TIA/herseneninfarct	14
2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn	15
2.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	15
2.6 Uitgangspunten bij follow-up in de eerste lijn	16
2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	16
<b>3 Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV): afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen</b>	<b>17</b>
3.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: diagnostiek.	17
3.2 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: behandeling en follow-up	17
3.3 Verwijsindicaties naar de tweede lijn.	18
3.4 Consultatie van de tweede lijn	18
3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	19
3.6 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	19
3.7 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	19
3.8 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	20
3.9 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	20
3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	20
<b>4 Aneurysma Aortae Abdominalis: Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen</b>	<b>22</b>
4.1 Aandachtspunten huisartsenpraktijk: acute fase en asymptomatische fase	22
4.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	22
4.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	23
4.4 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar de eerste lijn	23
4.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	23
4.6 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	23
4.7 Verwijsindicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van tweede lijn	24
4.8 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	24
4.9 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	24
4.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	24
<b>5 Hypertensie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>	<b>26</b>
5.1 Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn	26
5.2 Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van tweede lijn	26
5.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	26

5.4	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	27
5.5	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	27
5.6	Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	27
5.7	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	28
5.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	28
<b>6</b>	<b>Hyperlipidemie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>	<b>29</b>
6.1	Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn.	29
6.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	29
6.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	29
6.4	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	30
6.5	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	30
6.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	30
6.7	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	30
<b>7</b>	<b>Chronische nierinsufficiëntie: Afspraken tussen internisten/nefrologen en huisartsen</b>	<b>31</b>
7.1	Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie	31
7.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	32
7.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	33
7.4	Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	34
7.5	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	34
7.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	35
7.7	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	35
7.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	35
<b>8</b>	<b>Taakafbakening OLVG poli vasculaire interne en huisartsen</b>	<b>36</b>
<b>9</b>	<b>Algemene nog uit te werken punten binnen de OLVG-regio</b>	<b>37</b>
9.1	Communicatie via beveiligde e-mail verbinding	37
9.2	Regionale CVR-werkgroep	37
9.3	Opzet transmurale scholing	37

## 1 Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen

### 1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase

- Bij (lage) verdenking op een ACS zonder actuele klachten verwijst de huisarts dezelfde dag en start medicatie in overleg met de cardioloog.
- Ingeval van verdenking op een 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 160-320 mg oraal
  - geef bij symptomatische bradycardie (< 50/min) 0.5 mg atropine i.v.
  - indien beschikbaar O2 bij cyanose/dyspnoe
- Ambulancepersoneel maakt ECG.
- Indien ST-elevaties wordt gekozen voor interventiecentrum via het lifenet systeem.
- 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 de patiënt 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.

### 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.

## Aanbeveling

De huisarts / POH neemt 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 te bespreken met de behandelend cardioloog.

### 1.4 Controles specialist

- **Bij ongecompliceerd verloop** blijft de patiënt in principe tot zes maanden na het event onder behandeling van de cardioloog. Circa 70% van de patiënten wordt vervolgd op de post ACS poli. De overige 30% van de patiënten was voor het meest recente event al bekend bij een cardioloog en komt weer bij zijn vaste behandelaar terug (in gezamenlijke behandeling met verpleegkundig specialist).

De behandeling betreft over het algemeen de volgende controles:

- 2-3 Weken na ontslag ziet de verpleegkundig specialist patiënt terug en daarna met grotere intervallen tot het risicoprofiel goed is ingesteld met medicatie.
  - De maximale duur van begeleiding door de verpleegkundig specialist bedraagt 6 maanden.
  - 6-8 Weken na ontslag volgt een eerste bezoek bij de cardioloog.
  - 4 en 6 maanden na het event volgt de 2<sup>o</sup> controle bij de cardioloog.
  - Wanneer patiënten in wetenschappelijk onderzoek geïnccludeerd zijn, is er in de tussentijd vaak ook contact met een studie-verpleegkundige.
- De verpleegkundig specialist zal al in vroeg stadium nagaan welk deel van de zorg / leefstijlcoaching bij de huisarts kan plaatsvinden. Als de huisarts een gedeelte van de leefstijlbegeleiding kan overnemen, zal de leefstijlzorg gezamenlijk met de huisarts gegeven worden.

#### Verwijzing hartrevalidatie:

Alle patiënten wordt een hartrevalidatietraject aangeboden bestaande uit de volgende modules:

- Voorlichtingsbijeenkomsten (medische informatie door verpleegkundige, gezonde voeding door diëtist, hoe verder door maatschappelijk werker en omgaan met hartziekte door psycholoog).
- Bewegingsprogramma.
- Ontspanningsprogramma.
- Leefstijlprogramma (emotie, stressmanagement, gezonde leefstijl).

## 1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn

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

- Met een goede functie van de LV.
- Zonder rest ischaemie, (bij stabiele AP klasse II na 1 jaar in overleg wel terug naar HA)
- Zonder een matig tot ernstig kleplijden.
- Die geen ventrikelfibrilleren/ ventrikeltachycardie > 24 uur post-infarct hebben doorgemaakt.
- Waarbij geen problemen worden ondervonden bij instellen van adequate secundaire-preventie maatregelen.

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

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

- Het ECG van patiënt bij ontslag.
- De initiële lipidenwaarden en waarden bij ontslag.
- Bloeddruk, glucose.
- De diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendiaagnosen en het verwachte beloop.
- De resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (inclusief linkerventrikelfunctie, uitgebreidheid en ernst van de resterende biochemie).
- 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 dubbele antiplaatjes therapie, indicatie voor doorgebruiken sterkere statine).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopredenen.
- Resultaat hartrevalidatie aan het einde van het traject volgt via een aparte brief.
- De patiënt ontvangt bij terugverwijzing in het laatste consult van de (verpleegkundig) specialist 'patiëntenbrief' met uitleg over de samenwerking en overdracht naar de huisarts.

## 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.

## 1.8 Indicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van tweede lijn

### Verwijzing

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

### **Verwijs direct naar EHH met ambulance bij:**

- AP klachten die niet binnen 15 minuten afnemen (na rust / nitraten).
- Verdenking op acuut coronair syndroom.

### **Overleg met de cardioloog** over de urgentie van verwijzing in geval van:

- 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 en consultatie

Tijdens kantooruren is er binnen het OLVG immer een cardioloog direct aanspreekbaar voor overleg en advies via nummer: 020 – 599 48 44.

Als alternatief kan de huisarts de ACS e-mailen, binnen drie werkdagen volgt het antwoord.



## 1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens verpleegkundig specialist en poli cardiologie

De verpleegkundig specialist van de post- ACS poli, is het eerste halfjaar het aanspreekpunt voor vragen.

**Verpleegkundig specialisten ACS poli:** Mw. Corry de Jong en Mw. Anneleen van Dullemen

**Tel. 599 25 47, sein 4887. Aanwezig: ma/di/do/vr 8:30 uur - 16.30 uur.**

B.g.g. poli cardiologie: 599 30 33.

Mailadres verpleegkundig specialist ACS poli: [acs.cardiologie@olvg.nl](mailto:acs.cardiologie@olvg.nl)

**Cardiologie overleg: (020) 599 48 44**

Bereikbaar van 08.30 tot 17.00 uur

**Cardiologie spoed: (020) 599 48 47**

Bestemd voor insturen van patiënten

Bereikbaar van 08.00 tot 17.00 uur

**Dienstdoende arts-assistent: (020) 599 48 54**

Buiten kantooruren overleg of spoed

Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio

**1. ACE-remmer beleid:**

levenslang bij verminderde linkerventrikelfunctie. Mocht bij goede linker ventrikelfunctie een antihypertensivum nodig zijn, dan is (levenslang) een ACE-remmer eerste keus.

**2. Statine beleid:**

Na een ACS is er een levenslange indicatie voor een statine. In tegenstelling tot de CBO richtlijn hanteert het hartcentrum bij secundaire preventie in het algemeen de ESC richtlijn. Hier wordt een scherper LDL target gesteld: LDL < 1.8 mmol/L of een > 50% reductie in LDL wanneer dit niet wordt gehaald. De cardioloog streeft derhalve naar een LDL van 1.8 of hetgeen maximaal haalbaar voor de patiënt. In het eerste halfjaar wordt praktisch altijd een sterke statine gegeven (astorvastatine of rosuvastatine). In de follow up fase staat het de specialist en huisarts vrij in statine keuze. Voorkeur statines tijdens follow up zijn astorvastatine of simvastatine; rosuvastatine indien geïndiceerd (met name bij verwachte interacties zoals tijdens verapamil of diltiazem gebruik).

**3. Dubbele antiplaatjes remming:**

Het hartcentrum volgt de meeste recente revascularisatie richtlijn van de ESC (2014). Hierbij krijgen alle patiënten na een ACS dubbele antiplaatjes remming gedurende een jaar na het laatste ischemische event. Vaak voorkomende combinaties zijn:

- ASA + clopidogrel
- ASA + prasugrel
- ASA + ticagrelor
- Sintrom + clopidogrel
- NOAC + clopidogrel

Na een jaar kan het adjuvans (clopidogrel/prasugrel/ticagrelor) worden gestopt.

Het hartcentrum is terughoudend met het voorschrijven van triple-therapie gezien het sterk verhoogd risico op bloedingen.


Alle patiënten met een combinatie van bloedverdunners dienen **een PPI** te gebruiken.

## 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

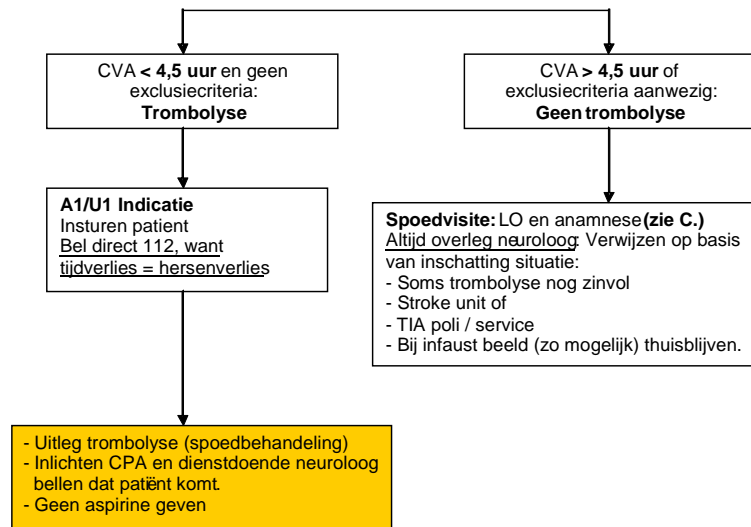
Anamnese      FAST(NB: denk ook aan CVA bij peracut ontstane draaiduizeligheid). FAST-test  bijlage

#### Lichamelijk onderzoek

- a. Neurologisch: bewustzijn, gezichtsveld, spraak (afasie en dysarthrie), kracht gelaatsmusculatuur, kracht bovenste en onderste extremiteiten,
- b. Hartritme en hart 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. Wanneer anamnestic de kans op een beroerte hoog lijkt wordt direct een A1 ambulance-rit besteld. Alleen bij diagnostische twijfel maakt de huisarts eerst een spoedvisite. In principe worden patiënten altijd direct verwezen naar een neurologieafdeling met trombolysfaciliteiten (alle Amsterdamse ziekenhuizen). Slechts in hoge uitzondering (bijv. bij uitgebreide comorbiditeit) zal van verwijzing worden afgezien. Bij twijfel overleg met de neuroloog ←



Exclusiecriteria trombolysie: bijlage

#### Samenvatting exclusiecriteria trombolysie:

- Uitval >4,5 uur
- Grote chirurgie in de afgelopen 2 weken
- Ooit intracerebrale bloeding in de voorgeschiedenis
- Uitval volledig verdwenen

#### Overige mogelijke exclusiecriteria, ter beoordeling van de neuroloog (dus geen reden om van snel insturen af te zien):

- Persistierende tensie >185 systolisch -> kan initieel te hoog zijn en later spontaan dalen
- Trauma capitis in de afgelopen 6 weken -> meestal geen contra-indicatie
- Gastro-intestinale / urogenitale bloeding -> overleg over behandelmogelijkheden met behandelend specialist
- Acenocoumarolgebruik/INR >1,7-> mensen met herseninfarct bij acenocoumarol zijn vaak slecht ingesteld, INR wordt zonder tijdverlies op EH gemeten.
- De ernst van het beeld -> zelden reden om af te zien van trombolysie.

#### 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 in de bijlage 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.
- Als direct meegeven niet mogelijk is, spreekt de huisarts met de neuroloog een andere manier van gegevens aanleveren af. Voorwaarde is dat de info aankomt voor of gelijk met de patiënt (geen vertraging voor eventuele trombolyse).
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer, e-mailadres.

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


- Op de TIA-polikliniek wordt de patiënt binnen 24 uur gezien. Het streven is om in de toekomst ook in het weekend een duplex van de carotiden te verrichten. Dus ook op vrijdag en in het weekend overleggen met de neuroloog.
- Patiënten die nog uitval hebben worden vrijwel altijd op de afdeling Spoedeisende hulp beoordeeld.
- Diagnostiek bij zowel TIA als herseneninfarct betreft: CT hersenen (uitsluiten bloeding), inventarisatie cardiovasculaire risicofactoren en duplex echografie carotiden (bij TIA in stroomgebied a. carotis interna), lab, X-thorax, ECG.
- De uitslagen worden dezelfde dag nog besproken en er wordt een behandelplan ingezet.
- Indien er inderdaad sprake is van een TIA of een herseneninfarct wordt zo snel mogelijk gestart met Carbasalaatcalcium (eerste twee weken 300 mg 1dd, daarna 100mg 1dd), dipyridamol (eerste twee weken 200mg 1dd, daarna 2dd) en simvastatine 40 mg 1dd.

### Verwijsindicaties binnen de tweede lijn

De neuroloog verwijst de patiënt:

- Naar de **cardioloog**:
  - bij vermoeden cardiale emboliebron o.b.v. anamnese / lichamelijk onderzoek (bijv. soufflé, AF, aanwijzingen (paroxysmaal) BF)
  - bij mannen onder de 50 /vrouwen onder de 55
  - bij mannen boven de 50/vrouwen boven de 55 bij afwezigheid van andere risicofactoren
- Naar de **revalidatie**: bij blijvende beperkingen bij herseneninfarct voor revalidatie.
- Naar de **vaatchirurg**: voor operatie bij carotisstenose > 70% bij vrouwen, bij mannen vanaf 50%.
- Naar **internist/vasculair** geneeskundige: de neurologen verwijzen een meerderheid van de patiënten door naar de polikliniek vasculaire geneeskunde. De neurologen hebben er geen bezwaar tegen wanneer patiënten van huisartsen waarmee samenwerkingsafspraken bestaan, door de polikliniek vasculaire geneeskunde direct worden terugverwezen naar de huisarts. De polikliniek vasculaire geneeskunde doet dan geen evaluatie van de risicofactoren. Voor terugverwijsafspraken met de polikliniek vasculaire geneeskunde zie hoofdstuk 8.
- “Young stroke”-protocol (bij mannen onder de 50 vrouwen onder de 55 of ouderen indien schone scan en geen andere risicofactoren) houdt standaard in: uitgebreider bloedonderzoek en beeldvorming (CT-angio van hals en hersenvaten), uitgebreidere cardiologische screening (met transoesofageale ECHO) en altijd verwijzing naar de polikliniek vasculaire geneeskunde.

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

- Na doorverwijzing naar de vaatchirurg of cardioloog vindt, na onderzoek/ therapie, in principe terugverwijzing naar de huisarts plaats, (eventueel via de vasculaire interne poli) voor verdere behandeling en controle van het risicoprofiel volgens ACT-protocol.  bijlage

## 2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn

Neuroloog doet telefonische nacontrole 2 weken na ontslag: verheldering vragen patiënt over diagnose, opname, nacontroles en bijwerkingen medicatie.

Na 6 weken volgt polibezoek bij neuroloog voor anamnese en lichamelijk onderzoek.

Daarnaast tegelijkertijd afspraak bij de verpleegkundige van het beroerteadviescentrum (BAC): inventarisatie zorgbehoefte, praktische tips, alert op cognitieve schade. Zonodig wordt afspraak met de verpleegkundige van het beroerteadviescentrum na 3 maanden opnieuw ingepland.

Deze vorm van nazorg met BAC verpleegkundige verkeert in een proefstadium. In ACT praktijken is overlap met het werk van de POH. Indien dit gesignaleerd wordt is telefonische afstemming gewenst.


- Nacontrole op de poli na een TIA wordt niet standaard afgesproken.
- De neuroloog verwijst de patiënt terug (via de vasculaire poli) naar de huisarts voor het verdere cardiovasculaire risicomangement.

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

Binnen één week na het laatste polikliniekbezoek bij de neuroloog 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.
- De supervisor die onder de brief staat is in principe aanspreekpunt voor nagekomen vragen, bereikbaar via de centrale/secretariaat. Eventueel dienstdoende supervisor bellen via huisartsenlijn poli neurologie.

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

- HA / POH neemt contact op met patiënt na ontvangst ontslagbrief 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 zelfredzaamheid, cognitief functioneren / depressie, toestand mantelzorger, 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) )

## 2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli neurologie

Vasculair aanspreekpunt: Vincent Kwa, neuroloog

Bereikbaar via de poli op 599 30 45

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

**De implementatie van de ABCD2 score** staat in deze regio nog in de kinderschoenen, zowel bij huisartsen als neurologen. De vraag of de ABCD2 score een rol krijgt in het triagesysteem bij TIA's wordt verder onderzocht binnen de regionale werkgroep.



### 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 huidtemperatuur, 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 (📎bijlage) 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 📎bijlage
- **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: 📎bijlage 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 geruist worden. 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. 📎bijlage

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

- Patiënten met PAV dienen (ongeacht het lipidenprofiel) 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 gecontraïndiceerd? 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).
- 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. Als niemand bereikbaar is stuurt de huisarts een fax met relevante info naar het faxnummer van het secretariaat vaatchirurgie.

### 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, waarna 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. Vooral 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.
- In geval 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, nierinsufficiëntie

### 3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

#### Contactgegevens poli

##### **Consultatie en verwijzing**

Per fax op 599 38 40. Antwoord volgt dan binnen 2 dagen per fax. Ook graag telefonische bereikbaarheid doorgeven voor geval aanvullende informatie nodig is. Wanneer via een beveiligde internetverbinding contact mogelijk is, wordt het faxnummer vervangen door een e-mailadres van het secretariaat.

**Telefonisch via secretariaat** op 599 34 41. Secretariaat verbindt door naar dienstdoende vaatchirurg.

##### **E-mailadressen secretariaat:**

C.I.V.deSmaele@olvg.nl	P.Koedijk@olvg.nl
C.S.V.Ong@olvg.nl	A.Post-Jonker@olvg.nl
J.D.vanDijk@olvg.nl	M.A.WedtsdeSwart@olvg.nl

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

*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.*

*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 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 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 cm < 4,5 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 mmHG.

#### **Verwijzing naar vaatchirurg vindt plaats bij:**

- Diameter 4,5 cm of meer (vaatchirurg doet halfjaarlijks echo, operatie indicatie bij vrouwen 5 cm, bij mannen 5,5 cm).
- Sacculair aneurysma altijd verwijzen (meer kans op ruptuur).
- Vermoeden op perifere embolieën vanuit het aneurysma (blue 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 cm bij mannen / 5,0 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 op de poli (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(en).
- 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-up systeem.

##### 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 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: perifere 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 daarin vermeld:

- de diagnose, de verrichte behandeling, de nevendagnosen 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

##### **Consultatie en verwijzing**

Per fax op 599 38 40. Antwoord volgt dan binnen 2 dagen per fax. Ook graag telefonische bereikbaarheid doorgeven voor geval aanvullende informatie nodig is. Wanneer via een beveiligde internetverbinding contact mogelijk is, wordt het faxnummer vervangen door een e-mailadres van het secretariaat.

**Telefonisch via secretariaat** op 599 34 41. Secretariaat verbindt door naar dienstdoende vaatchirurg.

##### **E-mailadressen secretariaat:**

C.I.V.deSmaele@olvg.nl	P.Koedijk@olvg.nl
C.S.V.Ong@olvg.nl	A.Post-Jonker@olvg.nl
J.D.vanDijk@olvg.nl	M.A.WedtsdeSwart@olvg.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 coronariaalijden of perifere vaatlijden) of patiënten met een familiale belasting (1<sup>e</sup> graads 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 systolisch.
- 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 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

#### Doel

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 duurdere 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: renale denervatie).

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

De internist verwijst terug naar de huisarts in geval:

- 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.

## 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 polibezzoek.
- Zie verder bij 5.1 en het ACT-protocol.  bijlage

## 5.6 Procedure bij terugverwijzing 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 (e-mail, intercollegiaal nummer, mobiel).
- Brief wordt gefaxt / gemaïld / afspraak via zorgdomein.

### Consultatie

Consultatie van internist: voor vragen aan de internist die vermoedelijk in kort bestek beantwoordt kunnen worden zonder dat de internist de patiënt ziet.

### Procedure

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

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

- De huisarts ontvangt 4 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen (inclusief redenen om bepaalde medicamenten te stoppen / te geven).
- Ook wordt vermeld hoe de internist bereikbaar is (seinumnummer of e-mailadres) voor eventuele vragen.

## 5.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli


OLVG: overleg via fax interne met in linker bovenhoek CONSULTATIE VASCULAIRE INTERNE. Fax secr. interne 599 35 23. Wanneer RING verbinding gerealiseerd is wordt de fax vervangen door e-mail.

Voor nagekomen vragen of dringende vragen kan de huisarts een fax sturen via het secretariaat interne (fax 599 35 23). Voor dringende vragen: telefonisch contact opnemen met de behandelend internist via het secretariaat (tel 599 35 03).

## 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: stappenplan bij niet bereiken van de een LDL ≤ 2,5 mmol/L

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

Overweeg verwijzing naar een internist vasculair geneeskundige indien:

- Er een hoog risico op HVZ blijft bestaan en een therapieresistente te hoge LDL > 2,5 waarde is.
- Bij herhaling gemeten triglyceriden > 5 ondanks maximale medicatie.
- Verdenking familiale hypercholesterolemie volgens de STOEH-criteria  bijlage. 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 naar de poli interne, waarna patiënten per brief en/of telefoon opgeroepen worden voor een afspraak.

#### 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. Huisarts ontvangt binnen drie werkdagen antwoord per 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 geen 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 4 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen.

## 6.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli

Voor consultatie: via fax interne met in linker bovenhoek CONSULTATIE VASCULAIRE INTERNE. Fax secretariaat interne 599 35 23. Wanneer RING verbinden gerealiseerd is wordt de fax vervangen door e-mail.

Fax poli interne: 599 35 75

Voor nagekomen vragen of dringende vragen kan de huisarts een fax sturen via het secretariaat interne, fax: 599 35 23. Voor dringende vragen: telefonisch contact opnemen met de behandelend internist via het secretariaat, tel 599 35 03.

## 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 proef-catheterisatie.

**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 het algemeen geldt voor de behandeling en controle:

Nierinsufficiëntie is zowel vaak een gevolg van vaatlijden als een onafhankelijke risicofactor voor vaatlijden.

- Zie algemeen ACT-protocol voor de behandeling van de CV risicofactoren. In principe is bij een klaring < 60 het CVR verhoogd.
- Bij patiënten > 75 beleid individualiseren.
- Bij verhoogd risico: simvastatine 40.
- Als hypertensiebehandeling (zeker bij microalbuminurie) is ACE-remmer eerste keus. (NB controle Na, K, kreat na 10 dagen gebruik)  
Indien ook hypertensie: zoutbeperking tot 5 gr/dag (door geen zout toe te voegen bij voedsel en gebruik van industrieel bereide voedingsmiddel 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 < 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> of > 65 jaar en eGFR < 45 ml/min/1,73m<sup>2</sup>. De bepaling betreft Hb, kalium, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH en 1(OH) vit D3.

## 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 hierboven. Bij deze consultatie is er aandacht voor het te volgen beleid in de huisartsenpraktijk en wanneer toch verwijzing nodig is.
- 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 ml/min/1.73m<sup>2</sup> 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 macroalbuminurie (proteïnurie) ongeacht de hoogte van de eGFR.
- Patiënten < 65 jaar en een eGFR < 45 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Patiënten > 65 jaar en een eGFR < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Vermoeden van onderliggende primaire nierziekten (bijv. glomerulonefritis, cystenieren).
- NB: verwijzing uroloog bij obstructie nefropathie.

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

### **Consultatie:**

Gesproken wordt over de mogelijkheid om één beveiligd e-mailadres waarop huisartsen via de RING hun consultatie kunnen sturen. Eén secretaresse zorgt voor de distributie van de mails over de nefrologen. Tot hierover duidelijkheid is wordt gebruik gemaakt van de fax van het secretariaat van de interne..

NB: zet duidelijk met grote letters 'consultatie nefrologie' in de linker bovenhoek.

### **Verwijzing:**

Voor verwijzing: brief faxen naar de poli inwendige geneeskunde. Patiënt wordt per brief opgeroepen voor een afspraak.

## 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.
- RR
- eGFR, indien bekend verloop van de nierfunctie, de mate van albuminurie, uitslag van sedimentonderzoek op specifieke afwijkingen (indien verricht).
- Medicatieoverzicht en indien relevant, intoleranties en reden van stoppen medicatie
- Uitslag van aanvullend laboratoriumonderzoek ter opsporing van metabole complicaties (Hb, natrium, kalium, Kreat, eGFR, calcium, fosfaat, serumalbumine, PTH, Vit D).
- Indien verricht: uitslag van echografie.
- Contactgegevens huisarts waaronder intercollegiale nummer en e-mail, desgewenst 06-nummer.

## 7.5 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

### I Voorkomen van verdere nierfunctiever slechtering en metabole complicaties

middels:

- **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 hoogstens 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);
  - Voorzichtigheid geboden bij röntgencontrastmiddelen (prehydratie nodig bij klaring onder de 60, of bij hogere klaring als bijv. ernstige diabetes of M.Kahler).

### II Voorkomen van late complicaties

middels:

- **Preventie cardiovasculaire complicaties**
- **Preventie van stoornissen calciumfosfaathuishouding**
  - Secundaire hyperparathyreoïdie;
  - Extra-ossale calcificaties;
  - Renale osteodystrofie. Uiteindelijk van principes van behandeling
- **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 4 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Ook vermeldt de internist/nefroloog hoe hij bereikbaar is (seinumnummer, 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.  bijlage voor act-protocol

## 7.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli:

Voor consultatie: fax van het secretariaat van de interne 599 35 23.

NB: duidelijk met grote letters consultatie nefrologie in de linker bovenhoek.

### Verwijzing:

Voor verwijzing: brief faxen naar 599 39 75 poli inwendige geneeskunde. Patiënt wordt per brief opgeroepen voor een afspraak.

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

1. *Bij jaarlab van mensen < 65 met eGFR < 60 en mensen van >65 met eGFR < 45 ook PTH mee prikken, uitslag tussen 3 en 10 is goed.*
2. *PTH > 10: dan ook Vit D, Ca, fosfaat en albumine bepalen.*
3. *a. Vit D < 60: suppleren met colecalciferol 1x/2 wkn 25.000 IE of Divisun tabl 800 IE  
b. Vit D > 60: suppleren met actief vit D (zie onder 5)*
4. *Na 3 maanden PTH controleren -> als nog > 10 over op alfacalcidol (als tot nu toe alleen colecalciferol gegeven) of nefroloog consulteren (als al 3 maanden alfacalcidol gegeven)*
5. *actief vit D in de vorm van alfacalcidol 3x/week 0,25 ug. Na 4 wkn controle Ca, fosfaat.*
  - *PTH graag in OLVG lab laten prikken (inter-labvariatie)*
  - *PTH-problematiek is ingewikkeld, altijd mogelijk om ergens tussen deze stappen nefroloog te consulteren.*
  - *N.B. PTH < 3 is ook afwijkend (verhoogd fractuurrisico door adynamische botziekte).*

## 8 Taakafbakening OLVG poli vasculaire interne en huisartsen

Binnen het OLVG ontvangt de poli vasculaire inwendige geneeskunde verwijzingen vanuit de neurologie; de vaatchirurgie en in mindere mate vanuit de cardiologie:

- De neurologie verwijst bijna alle patiënten die een TIA/ CVA hebben doorgemaakt voor verdere risicoanalyse en behandeling.
- De vaatchirurgie verwijst vooral de jonge patiënten met atherosclerose door.
- De cardioloog verwijst alleen die patiënten bij wie het niet lukt de streefwaarden van bloeddruk of lipiden te behalen en waarbij analyse van een onderliggende oorzaak gewenst is.

Om een duidelijke taakafbakening en, waar mogelijk substitutie, van tweedelijnszorg naar de eerste lijn mogelijk te maken, moet aan verschillende voorwaarden voldaan worden.

Onder de volgende voorwaarden is de poli vasculaire inwendige geneeskunde bereid om de verwijzingen van de neurologie en de vaatchirurgie in principe door te verwijzen naar de huisarts. Dit tenzij er sprake is van sterk premature atherosclerose/ grote afwijkingen in het risicoprofiel, of, in het algemeen, wanneer de kans klein is dat binnen de grenzen van het huisartsgeneeskundig handelen een acceptabel risicoprofiel te bereiken is.

1. De internist/ verpleegkundig specialist weet welke huisartsen gestructureerde CVR zorg leveren. Zij zien in principe dus alle patiënten maar zullen die patiënten bij wie bekend is dat ze onder een ACT huisarts vallen en/of waar na inventarisatie geen grote problemen bij blijken te spelen snel met een behandeladvies naar de huisarts verwijzen. Dit om te voorkomen dat patiënten tussen wal en schip geraken.

Plan: gealfabetiseerde lijst van alle ACT deelnemers + ZonMw project deelnemers wordt ter beschikking gesteld aan alle betrokken poli's/ specialisten. Er zijn in de stad naast ACT en ZonMw deelnemers nog andere huisartsenpraktijken waar gestructureerde CVR-zorg geleverd wordt. Onderzocht wordt welke praktijken dat zijn en of de geleverde zorg overeenkomt met wat in ACT omschreven staat. De lijst met CVR-zorg leverende huisartsen zal naar aanleiding hiervan bijgewerkt worden. Gewerkt wordt aan een nieuwe functionaliteit van de sociale kaart website "Verwijskompas" waarbij voor specialisten in 1 oogopslag inzichtelijk wordt welke ketenzorg en leefstijlinterventies door een huisartsenpraktijk geleverd wordt.

2. Alle CVR-huisartsenpraktijken werken volgens het ACT-protocol. In de huisartsenpraktijk wordt de patiënt daadwerkelijk binnen 2 weken na terugverwijzing gezien door de huisarts en praktijkondersteuner. De logistiek binnen de huisartsenpraktijk is hierop ingesteld.

## 9 Algemene nog uit te werken punten binnen de OLVG-regio

### 9.1 Communicatie via beveiligde e-mail verbinding

Op diverse plaatsen in het protocol worden communicatiemomenten en vormen genoemd, waarbij e-mail de voorkeur heeft. Zolang nog onduidelijkheid bestaat over de veiligheid van e-mailverkeer is gekozen voor communicatie per fax. Ondertussen moet onderzocht worden hoe gebruik met bestaande faciliteiten toch veilig e-mailverkeer kan plaatsvinden.

### 9.2 Regionale CVR-werkgroep

Met de gesprekspartners van de diverse vakgroepen is gesproken over de wenselijkheid van het formeren van een regionale CVR-werkgroep. Deze werkgroep zal niet alleen de transmurale afspraken vaststellen, maar neemt ook de verantwoordelijkheid om de afspraken te implementeren binnen de eigen achterban, deze periodiek te evalueren en te herzien als de ontwikkelingen daar aanleiding toe geven. De werkgroep organiseert, ondersteunt vanuit het nascholingsbureau van 1ste Lijn Amsterdam en/of het nascholingsteam van het ziekenhuis, periodiek een regionale CVR-scholing.

Per ziekenhuisregio hebben bij voorkeur de gesprekspartners van de vakgroepen die de transmurale afspraken met de huisartsen hebben vastgesteld zitting in deze werkgroep. Vanuit de huisartsen nemen vertegenwoordiging per deelnemende zorggroep aan de werkgroep deel. Een adviseur van 1ste Lijn Amsterdam kan deze werkgroep procesmatige ondersteuning bieden.

### 9.3 Opzet transmurale scholing

Het streven is om periodiek een transmurale scholing te organiseren, gericht op de presentatie van de vastgestelde transmurale afspraken. Per specialisme zal een koppel van huisarts / specialist een presentatie voorbereiden met de transmurale afspraken en eventuele discussiepunten uit de voorgesprekken. Voor de presentatie zijn verschillende vormen denkbaar zoals een debat, kennisoverdracht of onderzoeksvorstel.

Ook het betrekken van de overige eerstelijns ketenpartners als fysiotherapeuten bij de jaarlijkse CVR-scholing is van belang. Zeker om zodoende de samenhang tussen eerste- en tweedelijns leefstijlinitiatieven te bevorderen.