



Transmurale afspraken Cardiovasculaire aandoeningen Amsterdam, regio MCS

Opgesteld met medewerking van:

Vanuit MC Slotervaart ziekenhuis

Vakgroep Cardiologie, Arno Moons

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 2016

Transmurale afspraken Cardiovasculaire aandoeningen Amsterdam, regio Slotervaart ziekenhuis (deelgebied myocardinfarct)

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), stuurt de brief via ZorgDomein.
- 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 een week na ontslag over:
 - De diagnose (grootte van het hartinfarct/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 12 maanden na het event onder behandeling van de cardioloog. Die patiënten die voor het meest recente event al bekend waren bij een cardioloog, komen weer bij zijn vaste behandelaar terug.

De behandeling betreft over het algemeen de volgende controles:

- 3-4 Weken na ontslag volgt een eerste bezoek bij de cardioloog.
- Nadien volgen herhaalcontroles op indicatie van de behandelend cardioloog.
- Wanneer patiënten in wetenschappelijk onderzoek geïncorporeerd zijn, is er in de tussentijd vaak ook contact met een studie-verpleegkundige.

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).
- Als de huisarts een gedeelte van de leefstijlbegeleiding kan overnemen, zal de leefstijlzorg gezamenlijk met de huisarts gegeven worden.

1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn

Terugverwijzing voor follow-up in de eerste lijn is in principe vanaf 12 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-preventiemaatregelen.

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 lipidenwaarden bij ontslag.
- Bloeddruk, glucose.
- De diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendiagnosen en het verwachte beloop.
- De resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (inclusief linkerventrikelfunctie, laboratoriumonderzoek zoals hematologie en nierfunctie).
- Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling: hartrevalidatie?
- Een overzicht van de medicatie. (Bijzondere aandachtspunten: hoe lang nog eventuele dubbele antiplaatjes therapie, indicatie voor doorgebruiken sterkere statine).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopreden.
- Resultaat hartrevalidatie aan het einde van het traject volgt via een aparte brief.

1.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

- De huisarts roept patiënt op voor het CVRM spreekuur binnen 4-8 weken na ontvangst van de ontslagbrief (na einde policonroles) en pakt controles op volgens het regionale 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 MC Slotervaart immer een cardioloog direct aanspreekbaar voor overleg en advies via nummer: 020-5129333, sein 3787. Als alternatief kan de huisarts de poli bellen via nummer: 020-5125127, of via zorg-domein contact opnemen. Binnen drie werkdagen volgt het antwoord via de behandelend cardioloog.

1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Polikliniek cardiologie: 020-5125127. Contact kan ook via zorgdomein

Overleg Cardioloog, inclusief spoed voor insturen van patiënten: 020-5129333, sein 3787
Bereikbaar van 8:00 uur tot 17:00 uur

Dienstdoende arts-assistent (020) 5129333, sein 3300 (binnen kantooruren) en sein 3379 voor overleg buiten kantooruren

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/NHG richtlijn hanteert de vakgroep cardiologie bij secundaire preventie in het algemeen de ESC richtlijn. Hier wordt een scherper LDL streefwaarde gesteld: LDL <1.8mmol/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 is voor de patiënt. In principe wordt gestart met een sterke statine in de vorm van atorvastatine. In de follow up fase staat het de specialist en huisarts vrij in statine keuze. Voorkeur statines tijdens follow up zijn atorvastatine of simvastatine; rosuvastatine indien geïndiceerd (indien de LDL streefwaarde niet wordt gehaald of bij verwachte interacties zoals tijdens verapamil of diltiazem gebruik).

3. Dubbele antiplaatjes remming:

De vakgroep cardiologie volgt de meest 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.

In geval patiënt sintrom gebruikt en in het verleden een stent heeft gekregen, zal na een jaar de clopidogrel worden gestaakt. Indien er sprake is van een hoog risicoprofiel, zoals ernstig 3-vats (rest)coronairlijden, zal clopidogrel na een jaar worden vervangen door ASA.

In geval patiënt een NOAC gebruikt zal na een jaar de clopidogrel worden omgezet in ASA, ongeacht of er sprake is geweest van een stentplaatsing in het verleden.

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

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