

# Handreiking

## Amsterdamse Transmurale Afspraken Cardiovasculaire Aandoeningen Regio AMC

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

#### **Vanuit het AMC:**

Ron Peters, cardioloog  
Yvo Roos, neuroloog  
Ron Balm, vaatchirurg  
Erik Stroes, internist-vasculair geneeskundige  
Jaap Homan van der Heide, internist-nefroloog

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

Willy Völke, Tjitske Vreugdenhil, huisartsen  
Cees Dekker, senior adviseur 1ste Lijn Amsterdam,  
regioadviseur Zuidoost

#### **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

## 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 AMC 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	6
1.6 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	7
1.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	7
1.8 Indicaties voor verwijzing naar of consultatie van de 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>10</b>
2.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	10
2.2 Informatieoverdracht van huisarts naar neuroloog in acute fase	12
2.3 Uitgangspunten van de behandeling in de tweede lijn bij TIA/herseneninfarct	12
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>14</b>
3.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: diagnostiek.	14
3.2 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: behandeling en follow-up	14
3.3 Verwijsindicaties de tweede lijn	15
3.4 Consultatie van de tweede lijn	15
3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	15
3.6 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	16
3.7 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	16
3.8 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	16
3.9 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	16
3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	16
<b>4 Aneurysma Aortae Abdominalis: Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen</b>	<b>18</b>
4.1 Aandachtspunten huisartsenpraktijk: acute fase	18
4.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	18
4.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	18
4.4 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	19
4.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	19
4.6 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	19
4.7 Verwijsindicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van tweede lijn	19
4.8 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	20
4.9 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	20
4.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	20
<b>5 Hypertensie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>	<b>22</b>
5.1 Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn	22
5.2 Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	22
5.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	22

5.4	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	22	
5.5	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	23	
5.6	Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	23	
5.7	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	23	
5.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	24	
<b>6</b>	<b>Hyperlipidemie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>		<b>25</b>
6.1	Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn.	25	
6.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	25	
6.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	25	
6.4	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	26	
6.5	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	26	
6.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	26	
6.7	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	26	
<b>7</b>	<b>Chronische nierinsufficiëntie: Afspraken tussen internisten/nefrologen en huisartsen</b>		<b>27</b>
7.1	Beleid huisartsenpraktijk bij nierfalen	27	
7.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	28	
7.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	29	
7.4	Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	29	
7.5	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	29	
7.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	30	
7.7	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	30	
7.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	30	
<b>8</b>	<b>Onderbouwing van de afspraken AMC – eerste lijn, november 2015, Ron Peters</b>		<b>31</b>

## 1 Myocardinfarct: afspraken tussen cardiologen en huisartsen

### 1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase

- Bij nieuwe AP of toenemende AP zonder actuele klachten verwijst de huisarts dezelfde dag en start medicatie in overleg met de cardioloog.
- Ingeval van actuele pijn op de borst in rust (verdenking acuut coronair syndroom): meteen ambulance bellen, patiënt aanmelden bij Eerste Harthulp 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 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, eventuele bekende contra-indicaties voor antitrombotische medicatie 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 na ongeveer een week na ontslag over:
- De cardioloog informeert de huisarts binnen een week na ontslag per (elektronisch verzonden) brief 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 behandelend cardioloog
- Seinumnummer van de cardioloog van de week

#### **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 meestal ongeveer zes maanden na het event onder behandeling van de cardioloog.

De behandeling betreft over het algemeen de volgende drie aspecten:

- besluitvorming m.b.t. eventuele hartrevalidatie (indien dat in het ziekenhuis nog niet geregeld was).
- preventieve medicatie voor lange termijn, waaronder: lipidenbepaling
- 6 Maanden na ontslag 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 zes 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 ischemie.
- 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-preventie maatregelen.

## 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 met daarin:

- Het ECG van patiënt bij ontslag (indien mogelijk: bij elektronisch bericht kan ECG niet meegestuurd worden)
- De initiële lipidenwaarden en waarden bij ontslag.
- Bloeddruk, glucose.
- 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. Bijzonder aandachtspunt: plaatjesremming/anticoagulantia en streefwaarde LDL.
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopreden.
- Resultaat hartrevalidatie aan het einde van het traject.
- Informatie over werkhervatting, belastbaarheid, beperkingen.
- Seinnummer / e-mailadres waarop de laatste controlerende cardioloog bereikbaar is voor overleg.

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

- POH roept patiënt op voor het CVR spreekuur binnen drie maanden na de laatste poli controle en pakt controles op volgens ACT protocol.
- Huisarts ziet patiënt jaar na event en bericht cardioloog over controles en vraagt naar verder beleid ten aanzien van plaatjesremming (middels ZorgDomein).
- Streefwaarde LDL is <1,8 (tenzij cardioloog in ontslagbrief andere streefwaarde heeft aangegeven).

### Stappenplan LDL verlaging:

1. Start atorvastatine 40 mg
2. Indien na 3 maanden streefwaarde niet is bereikt, switch naar:
  - rosuvastatine 20 of 40 mg, of
  - atorvastatine 40 mg en ezetrol 10 mg

## 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).
- Toenemende AP
- AP die ontstaat zonder een van de klassieke 'triggers'
- AP met aanwijzingen voor hoog risico, bv hartkloppingen tijdens pijn, ademnood tijdens pijn, bloeddrukdaling, wegraking.

### **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.

Indien het e-mail adres van de eigen cardioloog niet bekend is, kan de huisarts een (niet spoedeisende) vraag mailen naar [cardioloog@amc.nl](mailto:cardioloog@amc.nl). Zet duidelijk in de onderwerpregel: "vraag voor NAAM ARTS".

## 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. Bij urgente situaties overleg met de polikliniek of met de cardioloog van de week (zie onderstaande nummers).



## 1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli cardiologie

Telefoonnummer: 020 - 566 37 94                      Eerste harthulp: 020 - 566 21 77

Faxnummer: 020 - 691 49 40

Cardioloog van de week is altijd sein 57195

Voor niet spoedeisende vragen e-mail [cardioloog@amc.nl](mailto:cardioloog@amc.nl). Zet duidelijk in de onderwerpregel: "vraag voor NAAM ARTS".

### Bijzonderheden

In het AMC wordt momenteel gediscussieerd over de nieuwe LDL streefwaarden (nl < 1,8mmol/L) zoals beschreven in de Europese cardiologie (ESC) richtlijn.

Het is nog niet standaard in dit transmurale protocol ingevoerd.


Het geldt wel bij complicaties en secundaire preventie. Bij primaire preventie alleen bij een hoog risico.

## 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

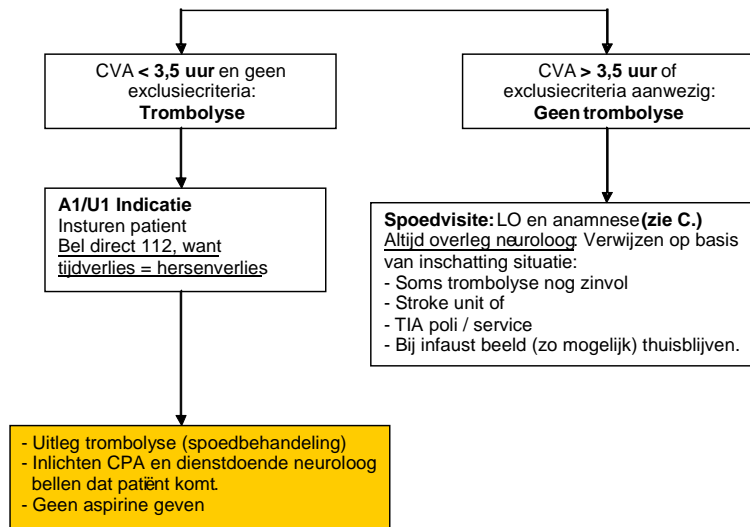
Anamnese FAST(NB: denk ook aan CVA bij peracut ontstane draaiduizeligheid). FAST-test  bijlage

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: huisarts maakt bij twijfel een spoedvisite 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

Toevoeging van neuroloog Y. Roos:

De in de bijlage genoemde criteria zijn van toepassing voor intraveneuze trombolyse. In het AMC kunnen we patiënten echter ook intra-arterieel, dus endovasculair, behandelen. Dit gebeurt momenteel in onderzoeksverband, maar de verwachting is dat dit tot de routine gaat behoren. Dit betekent dat de criteria voor het AMC anders (ruimer) liggen.

Endovasculair kunnen we patiënten eventueel later behandelen - tot 6 uur, kunnen we ook bij grote chirurgie in de afgelopen twee weken wel behandelen en ook bij bloedingen in de VG kunnen we behandelen. Dat maakt dat de criteria voor het AMC anders liggen (en zeer binnenkort ook voor de andere ziekenhuizen, want die gaan patiënten doorsturen voor behandeling naar het AMC).

#### Samenvatting exclusiecriteria trombolyse:

- Uitval >4,5 uur (*endovasculair tot 6 uur*)
- Grote chirurgie in de afgelopen 2 weken (*geen probleem voor endovasculaire behandeling*)
- Ooit intracerebrale bloeding in de voorgeschiedenis (*geen probleem voor endovasculaire behandeling*)
- 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 behandel mogelijkheden 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 trombolyse.

#### 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 hieronder 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/herseninfarct

De neuroloog verwijst de patiënt naar de Secundaire Preventie poli, waar in overleg met de andere specialismen (cardiologie, vaatchirurgie, etc.) een behandelplan wordt opgesteld. Dit behandelplan wordt het eerste half jaar door de poli uitgevoerd, daarna volgt overdracht naar de huisarts.

## 2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn

Zie 2.3


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

De huisarts ontvangt van de Secundaire Preventie poli een (ontslag)brief met daarin het behandelplan:

- 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.
- Seinumnummer / e-mailadres waarop de laatste controlerende neuroloog bereikbaar is voor overleg.

## 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.
- HA/POH bericht behandelend specialist over eerste controlebezoek patiënt.

### 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)

## 2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens poli neurologie

**Telefoonnummer:** 020 - 566 2500

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

1. Er wordt in het ziekenhuis trombolysen gegeven.
2. Er is een Secundaire Preventie poli in dit ziekenhuis.
3. Het moment van overdracht naar de eerste lijn is afhankelijk van behandelplan zoals opgesteld door Secundaire Preventie 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 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 diabeten** 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.

Zie 📎bijlage voor de discussie over de waarde van enkel-arm index

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

- Inventarisatie en behandeling risicofactoren volgens ACT-protocol. 📎bijlage
- Verwijzing naar door fysiotherapie gesuperviseerde looptraining. (Claudicationet [www.claudicationet.nl](http://www.claudicationet.nl).)

**NB** loopadvies zonder begeleiding is zinloos. Zie [www.ACT020.nl](http://www.ACT020.nl) onder kennisbank / downloads voor een overzicht van gespecialiseerde fysiotherapeuten in Amsterdam.

### 3.3 Verwijsindicaties de tweede lijn

In de volgende situaties verwijst de huisarts voor nadere diagnostiek en/of behandeling naar een multidisciplinair vaatteam (zo mogelijk) of naar een vaatchirurg:

- Als een bepaling van de enkel-armindex nodig is die niet in eigen beheer kan worden uitgevoerd (diagnostiek).
- Bij een gemiddelde enkel-armindex van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose (diagnostiek).
- Bij patiënten met diabetes mellitus en een vermoeden van perifere arterieel vaatlijden (diagnostiek, EAI niet betrouwbaar).
- Perifere arterieel vaatlijden Fontaine 2 met snelle progressie van de klachten (behandelopties evalueren) [30].
- Perifere arterieel vaatlijden Fontaine 2 met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining (behandelopties evalueren).
- Bij blijvende verdenking en onduidelijke diagnostiek altijd verwijzen.

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

- Vermoeden van acute arteriële afsluiting: trombose of embolie (behandeling).
- Perifere arterieel vaatlijden stadium 3 en 4 of een enkeldruk <50 mmHg (behandelopties evalueren).

### 3.4 Consultatie van de tweede lijn

- In geval van twijfel bestaat de mogelijkheid telefonisch te overleggen met de vaatchirurg. In bepaalde situaties is consultatie mogelijk in geval van korte vragen of behandeling of verwijzing.

### 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 wel of niet operatief in te grijpen (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

- Diagnostiek (anamnese, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek (eai, duplex, angiografie, ct-angiografie, mr-angiografie).
- Behandelplan opstellen: conservatieve behandeling of invasieve behandeling (percutane transluminale angioplastiek of operatie).
- Evaluatie behandeling
- Terugverwijzing naar de huisarts (met uitzonderingen)

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

Doorgaans verwijst de vaatchirurg patiënten terug naar de eerste lijn:

- 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.
- 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 percutane behandeling.
- 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.

### 3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden


#### Contactgegevens poli

In het AMC is er overdag ma-vrij altijd een vaatchirurg direct te benaderen via het sein 59535, buiten kantooruren loopt het contact via de oudste assistent chirurgie sein 59372.

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

- ECHO abdominale aorta, door huisarts of in het ziekenhuis is afhankelijk van de expertise van de huisarts. Vaak zal de echo in het ziekenhuis herhaald worden.
- Ten aanzien van de conservatieve therapie van Kritieke Ischaemie: er is van geen enkel geneesmiddel een positief effect aangetoond op het voorkomen van een amputatie op de lange termijn.
- Patiënten met PAV dienen (ongeacht het lipidenprofiel) een cholesterolverlagend middel te krijgen (eerste keus Simvastatine 1 dd 40 mg). Lipidenverlagende therapie op zich lijkt niet zinvol ten aanzien van het perifere vaatlijden, maar heeft een gunstig effect op cardio- en cerebrovasculaire mortaliteit en morbiditeit.



- Bètablokker relatief gecontraïndiceerd? Omstreden: klachten kunnen iets verslechteren, maar indien je echt niet zonder kan voor bloeddrukregulatie, dan 'mag' het. Vaatverwijdende bètablokkers hebben dan waarschijnlijk voorkeur (carvedilol, nebivolol, etc).
- Logistiek binnen het ziekenhuis: verwijzen vaatchirurgen altijd naar internist / vasculair geneeskundige voor starten secundaire preventie. Is direct doorverwijzen naar HA bespreekbaar? (probleem in de praktijk is echter dat daar vaak niet zo veel van terecht kwam, de huisarts accepteert hogere bloeddrukken dan wij wenselijk achten en is minder strict met voorschrijven van statines bij symptomatische patiënten, als dat kan worden opgelost neemt de noodzaak om naar de internist te verwijzen af. Jonge patiënten met ernstig vaatlijden zullen altijd naar de internist verwezen worden om te beoordelen of er geen onderliggende oorzaak is zoals dyslipidemieën en andere stofwisselingsstoornissen.
- Hoe denken vaatchirurgen over verwijscriteria gebaseerd op de 5 P's c.q. de test van Buerger. Zie  bijlage voor uitleg. De diagnostiek van acute occlusies is belangrijk omdat delay in de verwijzing tot irreversibele ischemie kan leiden en dus verlies van een ledemaat (amputatie) vandaar dat ik die 5 P's al in het begin van dit document genoemd heb. De test van Buerger toont alleen aan dat er sprake is van ernstige ischemie en ik vraag mij af of dit voor de ha echt van belang is, als de proef van Buerger positief is zijn er ook al andere klachten.
- Idem voor diagnostische waarde van de enkel / arm index in de huisartsenpraktijk? Hoort volgens mij tot de standaard bepalingen, is niet moeilijk en is goedkoop.

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

### 4.1 Aandachtspunten huisartsenpraktijk: acute fase

- Bij het vermoeden van een lekkend of acuut aneurysma aortae abdominalis (AAAA) wordt acuut verwezen naar een vaatchirurgisch team (U1).
- Bij het vermoeden van een asymptomatisch aneurysma aortae abdominalis (AAA) wordt een echo (de grootste voor-achterwaartse doorsnede) aangevraagd. Bij een echo diameter van 3 cm tot 4 cm wordt tweejaarlijks een echo herhaald, tussen de 4 en 5 cm jaarlijks en vanaf 5 cm om de drie maanden. Verwijzing naar een vaatchirurg vindt plaats bij patiënten met AAA van 5 cm of meer.
- De huisarts schrijft bij AAA-patiënten de medicatie voor passend bij secundaire CVR preventie, naast de al gestarte behandeling met plaatjesaggregatieremmers, tenzij er sprake is van harde contra-indicaties.

### 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 van 5,5 cm doorsnede is bij patiënten in goede algehele conditie een electieve operatie aangewezen. Het is bekend dat een aneurysma bij vrouwen eerder ruptureert dan bij mannen, de grens waarbij operatie wordt overwogen ligt bij vrouwen daarom bij 5,0 cm
- De chirurg bepaalt op basis van zijn ervaring en de kenmerken van de patiënt de operatiewijze. (open operatie of endovasculaire behandeling).

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

- De vaatchirurg verwijst de patiënt terug naar de huisarts als de diagnose AAA is gesteld en deze nog geen 5 cm in doorsnede is (bij vrouwen < 4,5 cm).
- Na een conventionele open operatie zal de patiënt kortdurend in het ziekenhuis onder controle blijven. Patiënt wordt daarna weer aan de ha overgedragen. Bij de verdere follow-up geldt dat echografische controles alleen gedaan moeten worden bij patiënten die ten tijde van de operatie jonger dan 54 jaar waren en waarbij een aorto-bi-iliacale prothese werd ingebracht. Deze echocontroles hoeven pas 10 jaar na de operatie te starten.
- Na behandeling met een aorta-endoprothese zal de patiënt langer in het ziekenhuis gecontroleerd worden. (o.a. voor duplex, ct-angiografie of mr-angiografie)

#### 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

##### Doelen:

- Algemene vasculaire preventie, bloeddruk regulatie, statine, trombocytenuitremmer
- Controle van groei van het aneurysma m.b.v. echo-onderzoek (Lichamelijk onderzoek om de diameter te vervolgen is zinloos: groei gemiddeld 2-3 mm/jaar.)
- Preventie van andere manifestaties van gegeneraliseerd vaatlijden.

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

- CVRM volgens ACT-protocol
- Advies m.b.t. echografische controles: maximale AP-diameter meten
  - kleiner dan 4 cm: tweejaarlijks
  - tussen de 4 en 5 cm: jaarlijks
  - vanaf 5 cm: om de 3 maanden
- TAR en statine

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

- Er wordt bij een grootte van 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.

#### 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.
- Het advies aan de patiënt een afspraak te maken met de huisarts.
- Het advies op welke termijn deze afspraak gemaakt kan worden.

#### 4.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

##### Contactgegevens poli

In het AMC is er overdag ma-vrij altijd een vaatchirurg direct te benaderen via het sein 59535, buiten kantooruren loopt het contact via de oudste assistent chirurgie sein 59372.

##### 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 (1<sup>e</sup> graads familieleden) met een (A)AAA te screenen op AAA m.b.v. echografie. Hoe moet dit vorm krijgen en wie krijg de verantwoordelijkheid voor die screening? Bijvoorbeeld via de vasculaire poli? Of taak huisarts?

Hier bestaat nog geen eenduidig beleid in Nederland voor. Screening lijkt eigenlijk niet zo zinvol te zijn. Populatiescreening heeft als nut dat de prevalentie van AAA bij mannen laag en bij vrouwen zeer laag is (number needed to screen om 1 aneurysma te detecteren is hoog: 625 tot 769 gescreenden) Daarnaast heeft screening van mannen > 65 jaar geen effect op de populatiemortaliteit. Mogelijk is er wel plaats voor screening van risicogroepen met grotere prevalentie (mannelijke familieleden 1e graads van patiënten met aangetoond AAA) (level D evidence!!).

- Het beleid bij een (vermoeden van) geruptureerd AAA. In de Amsterdamse regio (samenvallend met de ambulance regio) is sinds een aantal jaren een acute aneurysmadienst ingesteld waarbij de drie grote ziekenhuizen (AMC, OLVG en VUMC) om


beurten een week dienstdoen voor de opvang van alle AAAA patiënten. De Ambulancediensten zijn op de hoogte van dit schema en zullen patiënten naar het dienstdoende centrum transporteren.

- Het revalidatietraject: mobiliseren en zo snel mogelijk normale bezigheden hervatten eventueel daarin gesteund door fysiotherapeut.

## 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 <140/90.
- 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).
- De huisarts roept patiënt met doorgemaakt cardiovasculair incident 1x per jaar op.

 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 3-6 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

Optimalisatie van de antihypertensieve behandeling.

#### Inhoud beleid

Aanpassing van de medicatie en zo nodig lifestyle om de streefwaarden bloeddruk te bereiken. Indien geïndiceerd aanvullende diagnostiek naar oorzaken hypertensie.

Overwegen aanvullende behandelingen met betrekking tot de hypertensie.

### 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 polibezoek.
- Zie verder bij 5.1

### 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 (mail, intercollegiaal nummer, mobiel)
- Verwijsbrief wordt via Edifact of via Zorgdomein ingestuurd

#### 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 (NB Overweeg gebruik van teleconsultatie)

- 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 elektronisch bericht 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

### Contact:

Structurele communicatie in principe elektronisch, d.w.z.:

- Verwijsbrief huisarts via Edifact bericht of Zorgdomein
- Specialistenbrief via Edifact MEDSPE bericht
- Consultatie m.b.v. teleconsult (bijv. TeleMC)

Incidentele communicatie tussen huisarts en specialist via telefoon of secure e-mail.


Telefoonnummer polikliniek: 020 - 566 26 94




## 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 de tweede lijn

Overweeg verwijzing naar een internist-vasculair geneeskundige indien:

- Er een hoog risico op HVZ blijft bestaan en er een therapieresistente te hoge LDL waarde is.
- LDL persisterend > 2,5 mmol/L
- Triglyceriden > 5 ondanks maximale medicatie.
- Verdenking familiale hypercholesterolemie
- Onacceptabele bijwerkingen van statines.
- HDL < 0,7 mmol/L

### 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 / gemaïld / 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. (NB. Overweeg gebruik teleconsult)

**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.
- Contactpersoon: a.j.schmitz@amc.uva.nl

#### 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 (seinnummer, e-mailadres) voor eventuele vragen.

#### 6.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contact:

Structurele communicatie in principe elektronisch, d.w.z.:

- Verwijsbrief huisarts via Edifact bericht of Zorgdomein
- Specialistenbrief via Edifact MEDSPE bericht
- Consultatie m.b.v. teleconsult (bijv. TeleMC)

Incidentele communicatie tussen huisarts en specialist via telefoon of secure e-mail.

Telefoonnummer polikliniek: 020 - 566 26 94


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

### 7.1 Beleid huisartsenpraktijk bij nierfalen

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) micro-albuminurie 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 voedingmiddelen 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 van de tweede lijn

	Normo/micro-albuminurie	Macro-albuminurie
<b>Patiënten &gt; 65 jaar</b>		
eGFR > 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Groen	Rood
eGFR 30 tot 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Geel	Rood
eGFR < 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Rood	Rood
<b>Patiënten &lt; 65 jaar</b>		
eGFR > 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Groen	Rood
eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Geel	Rood
eGFR < 45 ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Rood	Rood

<b>Groen</b>	Begeleiding in de eerste lijn
<b>Geel</b>	Consultatie nefroloog
<b>Rood</b>	Verwijzing naar de tweede lijn

Overweeg gebruik MDRD i.p.v. eGFR in bovenstaande tabel

### 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 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 macro-albuminurie (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).

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

Zie 6.3

## 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 waar onder email en 06.

## 7.5 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

### **I Voorkomen van verdere nierfunctieverslechtering en metabole complicaties**

- **Preventie van progressie van nierschade**
  - Stoppen met roken;
  - Verminderen overgewicht;
  - Behandeling hoge bloeddruk: streefwaarde RR ≤ 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 hyperparathyreoidie;
  - 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.  zie bijlage voor act-protocol

### 7.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

#### Contactgegevens:

Structurele communicatie in principe elektronisch, d.w.z.:

- Verwijsbrief huisarts via Edifact bericht of ZorgDomein
- Specialistenbrief via Edifact MEDSPE bericht
- Consultatie m.b.v. teleconsult (bijv. TeleMC)

Incidentele communicatie tussen huisarts en specialist via telefoon of secure e-mail.

Telefoonnummer polikliniek: 020 - 566 26 94

## 8 Onderbouwing van de afspraken AMC – eerste lijn, november 2015, Ron Peters

### 1. LDL streefwaarde bij manifest coronair lijden: onder 1,8 mmol/L, te bereiken met statine en zo nodig ezetimibe.

Achtergrond:

**ESC guideline stable CAD 2013 (p.2976).** Eur Heart J 2013;34:2949–3003

'Patients with established CAD are regarded as being at very high risk for cardiovascular events and statin treatment should be considered, irrespective of low density lipoprotein (LDL) cholesterol (LDL-C) levels. The goals of treatment are LDL-C below 1.8 mmol/L (70 mg/dL) or .50% LDL-C reduction when target level cannot be reached.'

**ESC guideline non-STE ACS 2015 (p.38).** Eur Heart Journal, doi/10.1093/eurheartj/ehv320

'Based on the results of the trial (*IMPROVE-IT, RP*), further LDL cholesterol lowering with a non-statin agent should be considered in patients with LDL cholesterol  $\geq 70$  mg/dL ( $\geq 1.8$  mmol/L) after NSTEMI-ACS despite a maximally tolerated dose of statin.'

(Referentie voor IMPROVE-IT: n engl j med 372;25 June 18, 2015)

### 2. Dubbele plaatjesremming na coronaire incidenten en behandelingen is in principe tijdelijk, de duur is variabel en wordt door de cardioloog bepaald.

Achtergrond: **ESC guideline non-STE ACS 2015** Eur Heart Journal, doi/10.1093/eurheartj/ehv320

De duur van dubbele remming wordt deels bepaald door de aard van het incident (12 maanden na opname voor infarct of dreigend infarct) en deels door de aard van de behandeling. Dit laatste betreft bij electieve ingrepen vooral het type stent dat is gebruikt (met of zonder celdeling remmer: varieert van 1 tot 12 maanden). Deze duur van dubbele remming wordt in de ontslagbrief genoteerd.

Standaard is aspirine (80 – 100 mg) plus een van de P2Y12 remmers: ticagrelor (Brilique), prasugrel (Efient) of clopidogrel (Plavix).

### 3. Dubbele plaatjesremming samen met orale anticoagulantia. Dit wordt gebruikt na coronaire incidenten en behandelingen is in principe tijdelijk, de duur is variabel en wordt door de cardioloog bepaald.

Achtergrond.

Na elk acuut coronair incident (12 maanden) en na percutane (catheter-) revascularisaties (1 – 12 maanden) wordt de patiënt behandeld met 2 remmers van de plaatjesaggregatie. Standaard is

aspirine (80 – 100 mg) plus een van de P2Y12 remmers: ticagrelor (Brilique), prasugrel (Efient) of clopidogrel. Als de patient daarnaast een indicatie heeft voor orale antistolling wordt gestreefd naar een behandeling die zo kort mogelijk 'triple' medicatie vereist (bijvoorbeeld door te kiezen voor een stent zonder celdeling remmer). Dit kan variëren tussen 1 en 12 maanden. In de stabiele fase, voor lange termijn, wordt aanbevolen om deze patienten alleen te behandelen met orale antistolling (VKA of NOAC). Bij patienten die een zeer hoog risico houden op trombotische complicaties (bv oude veneuze bypass grafts) kan worden gekozen voor langdurige combinatie met een plaatjesremmer (met name clopidogrel). Dit besluit zou de cardioloog moeten nemen en documenteren.

Consensus document over gecombineerde antitrombotica, van 5 'international professional societies': Eur Heart Journal (2014) 35, 3155–3179.

#### 4. Langdurige secundaire preventie van atherosclerose.

Voor de lange termijn zijn 2 categorieën te onderscheiden.

- a) Geen indicatie voor antistolling. Deze patiënten worden behandeld met alleen aspirine of alleen clopidogrel. **ESC guideline non-STE ACS 2015** Eur Heart Journal, doi/10.1093/eurheartj/ehv320. Hoewel cardiologische richtlijnen aspirine als eerste aanbevelen zijn er sterke argumenten om te kiezen voor clopidogrel: het is beter en veiliger gebleken in de enige directe vergelijking van deze middelen bij langdurige preventie: de CAPRIE trial (Lancet Vol 348 • November 16, 1996) en in andere specialismen, m.n. na beroerte, wordt clopidogrel ook als eerste keus gebruikt.
- b) Wel indicatie voor antistolling. Deze patiënten worden in principe behandeld met alleen antistolling, zonder plaatjesremming. Als de indicatie boezemfibrilleren is, of veneuze trombose/longembolie, kan worden gekozen voor NOAC (voorkeur) of voor VKA. Bij indicatie klepprothesen moet VKA worden gebruikt.

Consensus document over gecombineerde antitrombotica, van 5 'international professional societies': Eur Heart Journal (2014) 35, 3155–3179.