

Amsterdamse Transmurale Afspraken Cardiovasculaire Aandoeningen Regio VUmc

Opgesteld met medewerking van:

Vanuit het VUmc:

Michiel Kemme, cardioloog
Willem Wisselink, vaatchirurg
Yvo Smulders, internist vasculaire geneeskunde
Piet ter Wee, nefroloog
Marieke Visser, neuroloog
Henriëtte van der Horst, huisarts

Vanuit de regionale huisartsen:

Quintijn Morelis
Koos Jongebreur

Vanuit de HKA werkgroep Amsterdams Cardiovasculair Traject:

Willemien Rietman, senior adviseur 1ste Lijn Amsterdam
Marije Holtrop, huisarts

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
Marianne Bramson, senior adviseur 1ste lijn Amsterdam

Coördinatie en eindredactie;

Marije Holtrop, huisarts en projectleider

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 VUMC regio 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^{ste} 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).

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

Opgesteld met medewerking van:	1
Doel en totstandkoming	2
De inhoud van de handreiking	2
1 Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen	5
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	5
1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn	6
1.6 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	6
1.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	6
1.8 Indicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	7
1.9 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	7
1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	7
2 TIA / CVA: afspraken tussen neurologen en huisartsen	9
2.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	9
2.2 Informatieoverdracht van huisarts naar neuroloog in acute fase	11
2.3 Uitgangspunten van de behandeling in de tweede lijn bij TIA/herseneninfarct	11
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
3 Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV): afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen	14
3.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: diagnostiek.	14
3.2 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: behandeling en follow-up	14
3.3 Verwijsindicaties naar de tweede lijn	15
3.4 Consultatie van de tweede lijn	16
3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	16
3.6 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	16
3.7 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	17
3.8 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	17
3.9 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	17
3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	17
4 Aneurysma Aortae Abdominalis: Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen	19
4.1 Aandachtspunten huisartsenpraktijk: acute fase en asymptomatische fase	19
4.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	19
4.3 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	19
4.4 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar de eerste lijn	20
4.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	20
4.6 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	20
4.7 Verwijsindicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	20
4.8 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	21
4.9 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	21
4.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	21
5 Hypertensie: Afspraken tussen internisten en huisartsen	22
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	23

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	
6	Hyperlipidemie: Afspraken tussen internisten en huisartsen		25
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	
7	Chronische nierinsufficiëntie: Afspraken tussen internisten/nefrologen en huisartsen		27
7.1	Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie	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	30	
7.5	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	30	
7.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	31	
7.7	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	31	
7.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	31	

1 Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen

Update: mei 2017

1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase

- Conform NHG standaard Acut Coronair Syndroom.
- Houdt de AED standby, bij wegraking AED aansluiten. Bij non-shockbaar ritme; hartmassage / beademing.
- Indien er ST-elevaties zijn wordt het een lifenet presentatie en gaat patiënt naar een interventiecentrum voor acute interventie.

1.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist in acute fase

- Bij lifenet (ST elevatie myocardinfarct) faxt de ambulance het ECG en neemt contact op met het interventie centrum.
- Bij niet lifenet belt huisarts de cardioloog om de komst van de patiënt aan te kondigen.
- 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 CCU/EHH VUmc.
- Vermelding bereikbaarheid huisarts: 06-nummer, intercollegiaal nummer.

1.3 Informatieoverdracht van specialist naar huisarts in subacute fase

Binnen enkele dagen na ontslag volgt de ontslagbrief. Bij bijzonderheden welke op korte termijn vervolg behoeven door de huisarts wordt de huisarts door de zaalarts cardiologie telefonisch op de hoogte gebracht.

1.4 Controles specialist

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

De behandeling betreft over het algemeen de volgende drie controles:

- 1 Maand na ontslag, waaronder: besluitvorming m.b.t. eventuele hartrevalidatie. In principe gaan alle patiënten voor revalidatie: 4x voorlichting, carrousel met verpleegkundige, diëtist, fysio en arts.
- 3 Maanden na ontslag, waaronder: lipidenbepaling en definitief afspreken medicatie.

- 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.

1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn

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

- met redelijk tot goede systolische linker kamer functie;
- zonder hartfalen;
- zonder rest ischaemie, (bij stabiele AP klasse II na 1 jaar in overleg wel terug naar HA) ;
- zonder matig tot ernstig kleplijden;
- die geen ventrikelfibrilleren/ ventrikeltachycardie > 48 uur post-infarct hebben doorgemaakt.

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:

- De diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendagnosen en het verwachte beloop.
- Beschrijving ECG, bloeddruk en laboratoriumuitslagen.
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur (hoe lang continueren duale plaatjes aggregatie remming, harde indicatie voor doorgebruiken bepaalde statine(dosering)).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopreden.

Ondertekenend cardioloog is hoofdbehandelaar, voor vragen via de centrale vragen naar seinnummer of mailen.

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 brief (na einde policonroles) en pakt controles op volgens ACT-protocol.

1.8 Indicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Verwijzing

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

Verwijs direct bij:

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

Overleg met de cardioloog over de urgentie van verwijzing bij:

- AP ondanks combinatiebehandeling met twee middelen.
- Aanwijzingen voor hartfalen of ritmestoornissen.

Overleg met internist-vasculair geneeskundige bij

- Niet behalen van einddoelen wat betreft bloeddruk en LDL.

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.

Dit kan in het VUmc op het huisartsensein *6950 via de centrale 020 - 444 44 44, bij het CCZ op 020 - 707 29 30.

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

Verwijzing gaat via Zorgdomein.

1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens VUmc

Tel algemeen: 020 – 444 44 44

Huisartsensein 6950 tijdens kantooruren, daarbuiten dienstdoende arts-assistent

Fax CCU/EHH: 020 – 444 32 84

Fax polikliniek: 020 – 444 17 43

e-mail: cardiopoli@vumc.nl

Cardiologie Centrum Zuid

Cardiologie Centrum Zuid sluit zich aan bij de afgesproken werkwijze.

Contactgegevens:

Cardiologie Centrum Amsterdam Zuid

IJsbaanpad 10 C

1076 CV Amsterdam

Tel: 020 - 707 29 30 (24/7 bereikbaar voor overleg, huisarts wordt doorverbonden met beschikbare cardioloog.)

Fax: 020 - 707 29 31

E-mail: amsterdam@cardiologiecentra.nl / www.cardiologiecentra.nl

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

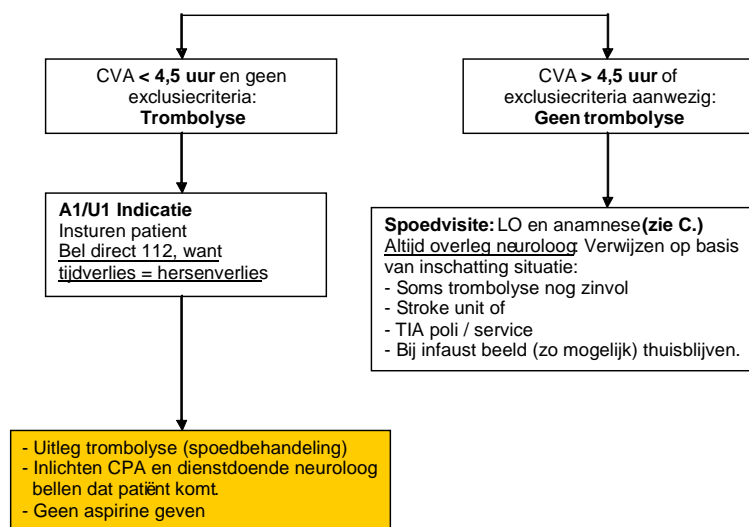
Anamnese FAST (NB: denk ook aan CVA bij peracut ontstane draaiduizeligheid).


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.

→ Tijds winst 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 trombolysiefaciliteiten (alle Amsterdamse ziekenhuizen, behalve BovenIJ ziekenhuis). Slechts bij hoge uitzondering (bijv. bij uitgebreide comorbiditeit) zal van verwijzing worden afgezien. Bij twijfel overleg met de neuroloog. ←



Exclusiecriteria trombolyse:  bijlage


Samenvatting exclusiecriteria trombolyse:

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

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

- Persisterende tensie >185 systolisch -> kan initieel te hoog zijn en later spontaan dalen
- Ernstig schedeltrauma in de afgelopen twee maanden.
- Gastro-intestinale / urogenitale bloeding -> overleg over behandelmogelijkheden met behandelend specialist.
- Acenocoumarolgebruik/INR >1,5-> 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 via overlegsein HA (*6001). Buiten kantooruren via centrale naar dienstdoend neuroloog vragen (*6017 of *6176) voor overleg over het tijdstip van consultatie en tot die tijd eventueel al te starten medicatie. Als de uitval minder dan 1 uur heeft geduurd is de kans op een bloeding klein en is starten met 300 mg acetylsalicylzuur gerechtvaardigd.
- Het risico op een (groter) CVA is het grootst in de eerste twee dagen na een TIA.
- Zie tabel ABCD2 score  bijlage voor risico-inschatting op CVA binnen twee dagen na TIA. Bij presentatie buiten kantooruren zal de eerste screening van de patiënt op de SEH plaatsvinden. Eventueel vindt afronding op de TIA dagscreening plaats.
- 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 faxt de huisarts zo spoedig mogelijk de gegevens naar de SEH. Voorwaarde is dat de info aankomt voor of gelijk met de patiënt (cave vertraging voor eventuele trombolyse).
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer, e-mail adres.

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

Op de TIA-polikliniek wordt de patiënt op weekdays binnen 24-uur gezien. Op vrijdag en in het weekend in overleg met de neuroloog presentatie op de SEH.

Patiënten die nog uitval hebben worden altijd direct op de afdeling SEH 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 160 mg 1dd, daarna 80mg 1dd), dipyridamol (eerste twee weken 200mg 1dd, daarna 2dd) of clopidogrel 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. souffle, AF, aanwijzingen (paroxysmaal) BF) en bij patiënten onder de 50 bij afwezigheid van andere risicofactoren.
- Naar de **revalidatie** bij blijvende beperkingen bij CVA voor revalidatie.
- Naar de **vaatchirurg** voor operatie bij carotisstenose > 70% .
- Naar **internist/vasculair geneeskundige**: de neurologen consulteren bij een meerderheid van de patiënten de vasculaire internist, zo mogelijk reeds in de klinische/dagbehandelingsfase. Tijdens dit klinische consult beoordeelt de vasculaire consulent of controle op de polikliniek Vasculaire Geneeskunde wenselijk is, of dat patiënt voor verdere begeleiding in eerste lijn terecht kan. Mocht er tijdens de klinische fase geen

consult Vasculaire Geneeskunde zijn afgelegd, dan kan de behandelend neuroloog ervoor kiezen alsnog naar deze polikliniek te verwijzen, danwel telefonisch met de consultant te overleggen over de wenselijkheid van een poliklinisch consult

- “Young stroke”-protocol (bij mannen onder de 50 vrouwen onder de 55) houdt over het algemeen in: uitgebreider bloedonderzoek en beeldvorming (MRI met diffusie en MRA), uitgebreidere cardiologische screening(inclusief transoesofageale ECHO) en altijd verwijzing naar de poli vasculaire interne 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

Patiënten die na een beroerte naar huis worden ontslagen, worden uitgenodigd voor het GMC (Gemeenschappelijk Medisch Consult). Dit is een groepsconsult, 6 weken na ontslag, waarin wordt geïnventariseerd tegen welke beperkingen men oploopt sinds ontslag en welke vragen men heeft. Zo nodig vindt doorverwijzing naar fysiotherapeut of ergotherapeut plaats.

2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn


- De neuroloog ziet de patiënten 6 weken na herseninfarct (opname) en na een TIA nog eenmaal terug op de polikliniek . Deze afspraak geldt niet wanneer ze opgenomen zijn in revalidatiekliniek.
- De neuroloog verwijst na dat bezoek de patiënt in principe terug naar de huisarts voor het verdere cardiovasculaire risicomanagement.

2.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

Binnen één week na het laatste polikliniekbezoek bij de neuroloog ontvangt de huisarts de ontslagbrief met daarin:

- Beloop en restbeperkingen (ook op cognitief vlak).
- Risicofactoren en het verwachte beloop.
- Eventuele verwijzingen naar en afspraken met cardioloog / chirurg / revalidatie / BAC (Beroerte Advies Centrum) / internist-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.
- Voor overleg over al bekende patiënten bel de CVA verpleegkundige of de teamleider afdeling. Via hen kan zo nodig de behandelend neuroloog bereikt worden.

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 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)

2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens poli neurologie

SEH fax 020 – 444 35 98

Overlegsein voor huisarts met neuroloog tijdens kantoortijden: sein 6001

CVA verpleegkundige (dinsdagen): sein 6855

Teamleider afdeling neurologie: sein 6922



Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio


De ABCD-2 score is binnen de afdeling neurologie van het VUMC nog niet geïmplementeerd, maar men overweegt wel dit te doen. Het lijkt hierom een goed onderwerp voor transmurale scholing.

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

Zie  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 . 

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 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 perifere arterieel vaatlijden (diagnostiek, EAI niet betrouwbaar).
- Perifere arterieel vaatlijden stadium 2 met snelle progressie van de klachten
- Perifere 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

Alle patiënten die worden doorverwezen naar de vaatchirurgen in het VUmc, krijgen een telefonische afspraak op het spreekuur van de verpleegkundig specialist. Dit spreekuur is twee ochtenden per week; dinsdag en donderdag. De verpleegkundig specialist belt de patiënt, zij inventariseert de klachten en spreekt (op basis van de informatie die zij van verwijzer en patiënt krijgt) vaatfunctie-onderzoek af. Meestal betreft dit een vaatlab- en/of duplexonderzoek, maar soms ook een ct-a of mra. Tevens krijgen de patiënten een afspraak bij de vaatchirurg die de uitslag van de onderzoeken zal bespreken en verder beleid zal bepalen. Over het algemeen lukt het om binnen drie weken deze afspraken te plannen.

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

- Perifere 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.
- Consultatie schriftelijk (voor vragen van niet dringende aard): (Verwijs)brief met alle relevante gegevens faxen, met in de linker bovenhoek 'consultatie vaatchirurgie VUmc of Slotervaart'.

3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

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

3.6 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

- Alle claudicatio patiënten krijgen in principe gesuperviseerde looptraining tenzij verwacht wordt dat het effect te weinig is. Patiënten gaan hiervoor 3 maanden 2-3 per week naar de fysiotherapeut en komen daarna terug bij specialist. Bij onvoldoende verbetering (volgens patiënt en behandelaar) volgt verder onderzoek.
- Bij voldoende verbetering: minimaal nog 3 maanden doortrainen. Dan nog 1x terug bij de vaatchirurg en verwijzing naar de eerste lijn.
- Besluit tot ingreep en welke ingreep wordt op de specifieke situatie van de patiënt toegesneden. Waar mogelijk is Dotterbehandeling eerste keus. Dat doet de interventieradioloog.
- De vaatchirurg start zelf met Statine en Ascal (op indicatie clopidogrel), of vraagt hiervoor advies aan de consulent Vasculaire Inwendige Geneeskunde, maar doet verder geen CRM-zorg. Met name jonge mensen, alsmede mensen met een uitzonderlijk ongunstig risicoprofiel worden voor secundaire preventie doorgestuurd naar de vasculair internist. Van hieruit worden patiënten terugverwezen naar de eerste lijn zodra tweedelijnszorg niet meer wenselijk of noodzakelijk is. Van belang hierbij is ook of patiënten al onder behandeling zijn bij een internist elders, in dat geval zal verwijzing doorgaans onnodig zijn. De vaatchirurgen hebben er geen bezwaar tegen als deze zorg door de huisarts overgenomen wordt.

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

3.8 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

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

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

3.9 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

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

3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Consultatie telefonisch / klinisch insturen:

via 020 – 444 44 00, vragen naar dienstdoende vaatchirurg. Buiten kantooruren: 020 – 444 44 44.

Consultatie schriftelijk (voor vragen van niet dringende aard):

brief met alle relevante gegevens faxen naar 020 – 444 45 12 t.a.v. L. van Wieringen, met in de linker bovenhoek 'consultatie vaatchirurgie VUmc'

Verwijzingen:

Mevrouw Camek, verpleegkundig specialist (coördinatie nieuwe patiënten) tel 020 – 444 49 27

Verwijsbrief t.a.v. E. Camek faxen naar: 020 – 444 02 30.

Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio

1. Aanbieden EAI +inspanning+ vaatchirurgische interpretatie als diagnostiek voor huisartsen (zonder verwijzing). Discussiepunt diagnostiek: In een tweedelijns vaatlab wordt de EAI gemeten voor en na een gestandaardiseerde inspanning. Ook is de gebruikte doppler apparatuur beter, waarbij de verschillende vormen van de drukgolf in de vaten kunnen worden herkend. In de 2e Lijn wordt dan ook met enige scepsis gekeken naar de huisartsgeneeskundige praktijk. Wat is de mening van de vaatchirurgen in Slotervaartziekenhuis en VUMC? Zou er een eerstelijns subpopulatie te definiëren zijn waarbij de huisartsgeneeskundige EAI voldoende accuraat vaatlijden kan aantonen dan wel uitsluiten?

In deze ziekenhuizen is het vooralsnog niet mogelijk om bij het vaatlab als diagnostische verrichting een enkelarm-index met daarbij een vaatchirurgische interpretatie aan te vragen. 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 omtrent de diagnose.

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).
- De vaatchirurg consulteert de vasculaire internist niet routinematig, maar alleen bij verwachte problemen bij secundaire preventie of ter uitsluiting van onderliggende ziekte bij het aneurysma (bv vasculitis).

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 dit nog geen 4,5 cm in doorsnede is.
- Als een patiënt een vaatprothese heeft gekregen wordt de patiënt na endoprotheses jaarlijks teruggezien (risico van uitzakken). Na klassieke operatie volgt controle 6 weken na o.k. en controle na 1 jaar (met echo om naad-aneurysma uit te sluiten). Hierna kan controle bij de huisarts plaatsvinden.

4.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De vaatchirurg schrijft binnen twee weken na ontslag een brief met

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

4.6 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

De huisarts roept de patiënt na ontvangst van de ontslagbrief op 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 4,5cm
- TAR en statine

4.7 Verwijsindicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

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

4.8 Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

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

Voor consultatie zie hoofdstuk 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:

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

4.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Consultatie telefonisch / klinisch insturen:

via 020 – 444 44 00, vragen naar dienstdoende vaatchirurg. Buiten kantooruren: 020 – 444 44 44.

Consultatie schriftelijk (voor vragen van niet dringende aard):

brief met alle relevante gegevens faxen naar 020 – 444 45 12 t.a.v. L. van Wieringen, met in de linker bovenhoek 'consultatie vaatchirurgie VUmc'

Verwijzingen:

Mevrouw Camek, verpleegkundig specialist (coördinatie nieuwe patiënten) tel 020 – 444 49 27
Verwijsbrief t.a.v. E. Camek faxen naar: 020 – 444 02 30.


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 perifere vaatlijden) of patiënten met een familiale belasting (1^e 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^{ste} 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 bij gestreefd naar een tensie van < 140. Bij ouderen >70 a 75 jaar met een hoge uitgangs-SBP (bv >180 mmHg) is een wat hogere streefwaarde van 150 a 160 mmHg verdedigbaar.
- 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 (ACE remmers, ARB's) samen met niet-RAAS afhankelijke middelen (diuretica, calciumantagonisten). Bètablokkers zijn reservemiddelen vanwege voorkomen van bijwerkingen, tenzij ze vanwege comorbiditeit geïndiceerd zijn (bv coronair lijden).

 bijlage: stappenplan bij behandeling en de voorkeursmedicatie.

5.2 Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Verwijzing naar internist /vasculair-geneeskundige:

1. Therapieresistente hypertensie: wanneer de tensie langer dan 6 maanden boven de streefwaarde 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 duurere middelen. Leefstijlinterventies kunnen (nogmaals) worden aangeboden. Indien geïndiceerd vindt aanvullende diagnostiek plaats naar oorzaken van 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)
- Brief wordt gefaxt / gemaïld / afspraak via zorgdomein

Consultatie

Consultatie van internist: voor vragen aan de internist die vermoedelijk in kort bestek beantwoord kunnen worden zonder dat de internist de patiënt ziet, is de mogelijkheid van telefonische consultatie. De huisarts kan bellen met de dienstdoende AIOS Vasculaire Geneeskunde en het probleem voorleggen. Desgewenst wordt aanvullende schriftelijke of poliklinische consultatie afgesproken.

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). Voor nagekomen vragen kan de huisarts een fax sturen via het secretariaat interne. Ook vermeldt de internist hoe hij bereikbaar is (seinnummer en/of e-mailadres) voor eventuele vragen.

5.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens poli

Consultatie dienstdoende AIOS Vasculaire Geneeskunde: sein 6750.

Fax secretariaat interne 020 – 444 43 13

6 Hyperlipidemie: Afspraken tussen internisten en huisartsen

6.1 Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn.

- Bij statinegebruik wordt, conform de CVRM-standaard 2011, gestreefd naar een LDL <2,5.
- Simvastatine 40 mg/dag wordt als referentie beschouwd, gevolgd door rosuvastatine of atorvastatine (m.n. afhankelijk van prijsontwikkelingen, generieke preparaten, etc).

 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 een therapieresistente te hoge LDL > 2,5 waarde is.
- Bij herhaling gemeten triglyceriden > 5 ondanks maximale medicatie.
- Verdenking familiale hypercholesterolemie volgens de STOEH-criteria (zie NHG standpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie).
- Verdenking andere vorm van primaire/familiaire hyperlipidemie
- Bijwerkingen van statines. Let op: spierpijn dient in beginsel nooit geaccepteerd te worden wegens risico op permanente schade.

6.3 Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Verwijzing

Huisarts schrijft brief, expliciet gericht aan POLIKLINIEK VASCULAIRE GENEESKUNDE 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 poli interne. Patiënten worden per brief en/of telefoon opgeroepen 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.

Afspraken m.b.t de consultatieprocedure:

- Huisarts kan direct bellen met dienstdoende AIOS Vasculaire Geneeskunde voor advies.
- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing, maar met in linker bovenhoek "CONSULTATIE VASCULAIRE INTERNE" naar fax secretariaat interne.
- 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 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 4 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen. Voor eventuele nagekomen vragen kan de huisarts een fax sturen naar het secretariaat van de interne. Bij dringende vragen telefonisch contact met de behandelend internist.

6.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens poli

Consultatie dienstdoende AIOS Vasculaire Geneeskunde: sein 6750.

Fax secretariaat interne 020 – 444 43 13

7 Chronische nierinsufficiëntie: Afspraken tussen internisten/nefrologen en huisartsen

7.1 Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie

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

Anamnese:

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

Onderzoek:

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

Verder onderzoek:

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

Beleid bij niet-vasculaire problematiek

Bij vermoeden NSAID-effect NSAID's stoppen (actief vragen naar over the counter gebruik) en herstel nierfunctie monitoren.

Bij vermoeden primaire nierziekte overleg nefroloog over termijn van verwijzing.

Bij obstructienefropathie verwijzen naar uroloog om de afvloedbelemmering op te heffen.

Beleid (vermoedelijke) vasculaire nierinsufficiëntie

De nu 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 m² (fysiologisch verminderde nierfunctie).

B. Patiënten met (persisterende) micro-albuminurie en een eGFR>60 ml/min/1,73 m².

In zijn algemeenheid 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 voedingsmiddelen te vermijden).
- Controle initieel 2 - 3 x per jaar: eGFR, microalbumine/ kreatine ratio in de urine. Indien stabiel dan kan jaarlijkse controle volstaan met meting van RR, eGFR, microalbuminurie, glucose.
- Vraag aanvullend lab aan ter opsporing van metabole complicaties bij de volgende patiënten: Patiënten < 65 jaar eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m² of > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/min/1,73m². 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 ²	Green
eGFR 30 tot 45 ml/min/1,73m ²	Yellow	Red
eGFR < 30 ml/min/1,73m ²	Red	Red
Patiënten < 65 jaar		
eGFR > 60 ml/min/1,73m ²	Green	Red
eGFR 45 tot 60 ml/min/1,73m ²	Yellow	Red
eGFR < 45 ml/min/1,73m ²	Red	Red

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/1,73m²
- Patiënten > 65 jaar en eGFR 30 tot 45 ml/min/1,73m²

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/1.73m² 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/1,73m².
- Patiënten > 65 jaar en een eGFR < 30 ml/min/1,73m².
- 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 in te voeren waarop huisartsen via de RING hun consultatie kunnen sturen. Eén secretaresse zorgt voor de distributie van de e-mails over de nefrologen. Tot hierover duidelijkheid is wordt gebruik gemaakt van fax. NB: duidelijk met grote letters CONSULTATIE NEFROLOGIE in de linker bovenhoek noteren. Antwoord volgt binnen drie dagen.

Verwijzing:

Voor verwijzing: brief faxen naar poli interne, patiënt wordt per brief opgeroepen voor een afspraak. De nefrologen bepalen de mate van urgentie. Bij niet spoedeisende gevallen is termijn

oproep vijf à zes weken. In geval van spoed zonodig, desnoods via de eerste hulp, nog dezelfde dag. Als het nog even kan wachten, binnen een paar dagen.

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 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, 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.

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 \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


- **Preventie cardiovasculaire complicaties**
- **Preventie van stoornissen calciumfosfaathuishouding**
 - Secundaire hyperparathyreoidie;
 - Extra-ossale calcificaties;
 - Renale osteodystrofie. Uitleg 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.  ACT protocol in bijlage

7.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens Niercentrum VUmc (dialyse, poli nefrologie en niertransplantatie)

Verwijzingen en consultatievragen nefrologie: fax 020 – 444 26 75

Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio

De diagnostiek en behandeling van secundaire hyperparathyreoidie is dermate ingewikkeld, dat hiervoor consultatie gewenst is. Bij een klaring onder de 60 stijgt het parathormoon vaak al enigszins en is jaarlijkse controle aangewezen. Bij parathormoon groter dan 10 vindt consultatie plaats. Graag op het VUmc laten prikken i.v.m. de wisselende normaalwaarden. Vit D tekort in eerste instantie met cholecalciferoltabletten (800IE/dag) aanvullen tot normale waarde. Als desondanks het parathormoon niet daalt, is waarschijnlijk alfacalcidol (E α ,=1,25 (OH) $_2$ Vit D $_3$) nodig. Dit na overleg met nefroloog/internist.