



# Transmurale afspraken Cardiovasculaire aandoeningen Amsterdam, regio BovenIJ ziekenhuis

**Opgesteld met medewerking van:**

**Vanuit het BovenIJ ziekenhuis**

Machiel van de Wetering, cardioloog  
Alex Teunen, internist  
Ad Bakx, cardioloog  
Nynke Posthuma, internist  
Mirjam Janmaat, cardioloog  
Anco Vahl, vaatchirurg

**Vanuit de HKA werkgroep Amsterdams Cardiovasculair Traject**

Xavier Hofman, David Koetsier, huisartsen  
Riet Kemp, senior adviseur 1ste Lijn Amsterdam,  
regioadviseur Noord

**Vanuit de werkgroep 1° 2° Lijn Noord:**

Anaïs van Essen, Sylvia de Waal en Sara Coningsby,  
huisartsen

**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 juni 2012

## **Doel en totstandkoming**

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

Dit document is het resultaat van het overleg dat plaatsvond tussen huisartsen en specialisten in het BovenIJ ziekenhuis in het kader van het Amsterdams Cardiovasculair Traject (ACT). ACT is een stedelijk project in opdracht van de Huisartsen Kring Amsterdam (HKA) en heeft als doel de CVR-zorg in de huisartsenpraktijk te bevorderen. In het bijzonder richt ACT zich op het voorkomen en opsporen van complicaties bij patiënten die al een ischaemische hartvaatziekte hebben doorgemaakt.

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

## **De inhoud van de handreiking**

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

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

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

Het betreft de volgende patiëntengroepen:

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

## Inhoudsopgave

<b>Opgesteld met medewerking van:</b>	<b>1</b>
<b>Doel en totstandkoming</b>	<b>2</b>
<b>De inhoud van de handreiking</b>	<b>2</b>
<b>1. Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen</b>	<b>5</b>
1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase	5
1.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist in acute fase	5
1.3 Informatieoverdracht van specialist naar huisarts in subacute fase	5
1.4 Controles specialist	6
1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn	7
1.6 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	8
1.7 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	8
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	9
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/herseninfarct	12
2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn	12
2.5 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	13
2.6 Uitgangspunten bij follow-up in de eerste lijn	13
2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	13
<b>3. Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV): afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen</b>	<b>15</b>
3.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: diagnostiek.	15
3.2 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: behandeling en follow-up	15
3.3 Verwijsindicaties naar de tweede lijn.	16
3.4 Consultatie van de tweede lijn	17
3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	17
3.6 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	17
3.7 Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	17
3.8 Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	18
3.9 Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	18
3.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden	18
<b>4. Aneurysma Aortae Abdominalis: Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen</b>	<b>20</b>
4.1 Aandachtspunten huisartsenpraktijk: acute fase en asymptomatische fase	20

4.2	Informatieoverdracht van huisarts naar specialist	20
4.3	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	20
4.4	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar de eerste lijn	21
4.5	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	21
4.6	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	21
4.7	Verwijsindicaties voor terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	22
4.8	Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	22
4.9	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	22
4.10	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	22
<b>5.</b>	<b>Hypertensie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>	<b>23</b>
5.1	Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn	23
5.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	23
5.3	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	23
5.4	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	24
5.5	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	24
5.6	Procedure bij terugverwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	24
5.7	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	25
5.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	25
<b>6.</b>	<b>Hyperlipidemie: Afspraken tussen internisten en huisartsen</b>	<b>26</b>
6.1	Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn.	26
6.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	26
6.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	26
6.4	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	27
6.5	Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn	27
6.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	27
6.7	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	27
<b>7.</b>	<b>Chronische nierinsufficiëntie: Afspraken tussen internisten/nefrologen en huisartsen</b>	<b>29</b>
7.1	Beleid huisartsenpraktijk bij chronische nierinsufficiëntie	29
7.2	Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	31
7.3	Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	32
7.4	Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn	33
7.5	Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn	33
7.6	Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn	34
7.7	Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn	34
7.8	Regionale contactgegevens en bijzonderheden	34

## 1. Myocardinfarct : afspraken tussen cardiologen en huisartsen

### 1.1 Aanbevelingen huisartsenpraktijk: acute fase

- Bij een crescendo AP zonder actuele klachten verwijst de huisarts dezelfde dag via de SEH naar de cardioloog. De huisarts beslist of er met een ambulance vervoert dient te worden.
- Ingeval van acuut coronair syndroom (acuut myocardinfarct en instabiele AP met op dat moment) klachten: meteen ambulance bellen en zo mogelijk direct huisbezoek.
- Indien de huisarts als eerste arriveert, houdt deze de regie tot ambulance personeel er is en start de volgende behandeling:
  - nitraat sl, bij aanhoudende pijn iedere vijf minuten herhalen (tenzij RR syst < 90, pols < 50)
  - zo mogelijk waaknaald inbrengen
  - bij aanhoudende pijn 5-10 mg morfine langzaam i.v. of 50 microgram fentanyl.
  - geef oplaaddosis ascal 300 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 (dit beslist de ambulance op basis van het protocol.)
- 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.
- 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 draagt binnen **één dag** zorg voor een bericht vanuit de SEH, en **verstuurt binnen 3 dagen een ontslagbrief** (door zaalarts) met hierin:
  - De diagnose (grootte van het infarct / of geen VF gehad)
  - De behandeling en het verloop: aard van de ingreep, complicaties

- Actuele medicatie!
- Verder behandelplan
- Aandachtspunt hierbij is het EMD binnen het ziekenhuis, implementatie hiervan verdient een hoge prioriteit.

### **Aanbeveling**

De **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 te bespreken met de behandelend cardioloog (sociale visite).

### 1.4 Controles specialist

- **Bij ongecompliceerd verloop** blijft de **patiënt in principe tot zes maanden** na het event onder behandeling van de cardioloog. Deze behandeling wordt gecombineerd met een revalidatieaanbod van 3 maanden.

De behandeling betreft over het algemeen de volgende controles:

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

### **Verwijzing hartrevalidatie:**

Alle patiënten worden verwezen voor een hartrevalidatietraject. Op basis van de protocollen van de NVC is een basisprogramma vastgesteld, elke patiënt krijgt d.m.v. een intake een programma op maat met daarin vastgestelde behandeldoelen. Dit basisprogramma bestaat uit de volgende modules:

- Voorlichtingsbijeenkomsten (medische informatie door een cardioloog, gezonde voeding door diëtist, en omgaan met hartziekte door psycholoog).
- Bewegingsprogramma/ontspanningsprogramma.
- Leefstijlprogramma (emotie, stressmanagement, gezonde leefstijl).
- Het BovenIJ ziekenhuis heeft een algemene informatieve folder voor huisartsen en patiënten over dit onderwerp. Deze folder staat ook op de site van het BovenIJ.
- Bij niet gehaalde einddoelen m.b.t. leefstijlprogramma's wordt de huisarts geïnformeerd. De huisarts maakt een attentieregel in het HIS en kan de patiënt hierop aanspreken.
- Patiënten die uit het traject "verdwijnen": de huisarts wordt ook hierover geïnformeerd, maakt een attentieregel in het HIS en kan de patiënt proberen te motiveren de draad weer op te pakken.
- Het hartrevalidatieteam is multidisciplinair: cardioloog, diëtist, verpleegkundige, psycholoog, fysiotherapeut en maatschappelijk werk.
- Het hartrevalidatie programma is op basis van richtlijnen opgesteld door de revalidatiecommissie van de NVVC

### 1.5 Uitgangspunten terugverwijzing naar de eerste lijn

***Terugverwijzing voor follow-up in de eerste lijn is in principe zes maanden / max. 1 jaar na het event*** (infarct behandeling of PCI/CABG wegens dreigend infarct) mogelijk bij patiënten:

- Met een goede functie van de LV.
- Zonder rest ischaemie, (bij stabiele AP klasse II na 1 jaar in overleg wel terug naar HA)
- Zonder een matig tot ernstig kleplijden.
- Die geen ventrikelfibrilleren/ ventrikeltachycardie >48 uur post-infarct hebben doorgemaakt.
- Waarbij geen problemen worden ondervonden bij instellen van adequate secundaire-preventiemaatregelen.

NB: na 1-2 jaar wordt bekeken in hoeverre genoemde terugverwijscriteria ook kunnen gelden voor huisartsenpraktijken die geen gestructureerde zorg aanbieden. Dit vanuit de verwachting dat meer huisartsen zich zullen aansluiten.

## 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.
- De lipidenwaarden bij ontslag.
- Bloeddruk, glucose.
- De diagnose, de verrichte behandeling, belangrijke nevendagnosen en het verwachte beloop.
- De resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (inclusief linkerventrikelfunctie, uitbreidbaarheid en ernst van de resterende biochemie).
- Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling: hartrevalidatie?
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur. (Bijzondere aandachtspunten: hoe lang Clopidogrel, harde indicatie voor doorgebruiken sterkere statine).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie/stopreden.
- Resultaat hartrevalidatie aan het einde van het traject volgt via een aparte brief.

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

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

## 1.8 Indicaties voor 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.
- Patiënten die bekend zijn bij de cardioloog en de einddoelen w.b bloeddruk en LDL niet halen.



### Consultatie specialist

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

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

### Informatieoverdracht bij verwijzing en consultatie

Zie bij paragraaf 1.2.

### Werkwijze verwijzing en consultatie

Verwijzing en consultatie via de gewone telefoonlijn, zorgdomein of een papieren verwijsbrief.

## 1.10 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

### Contactgegevens

Contact wordt gelegd via de **diensttelefoon cardiologie: 020 – 634 67 08** of de **spoedlijn** van de poli cardiologie: **020 – 634 65 61**

Reguliere verwijzing bij voorkeur via zorgdomein.

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

ACE-remmer beleid: Voor iedere patiënt met AP.


De cardiologen schrijven bij iedereen in principe simvastatine 40mg voor, tenzij er gegronde redenen voor een ander statine zijn.

## 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

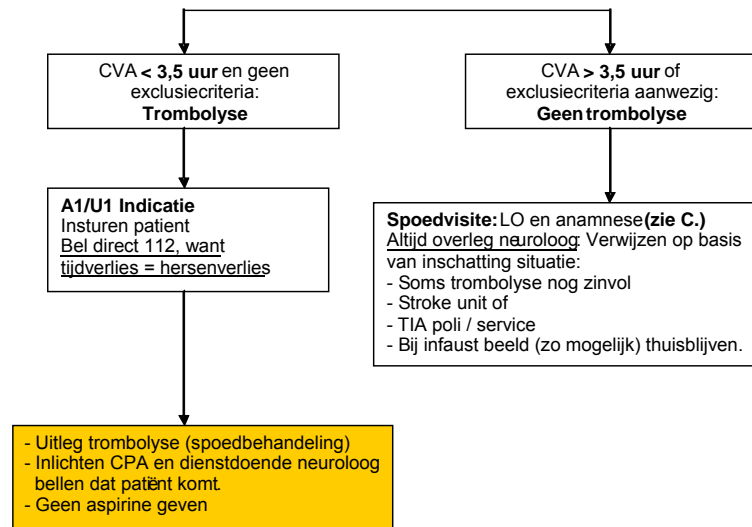
Anamnese     **FAST** (NB:denk ook aan CVA bij peracut ontstane draaiduizeligheid. FAST-test bijlage)

Lichamelijk onderzoek.

Neurologisch: bewustzijn, gezichtsveld, spraak (afasie en dysarthrie), kracht gelaatsmusculatuur, kracht bovenste en onderste extremiteiten,  
Hartritme en hart auscultatie hart (atriumfibrilleren?),  
Bloeddruk  
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 laten 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 ←



Het BovenIJ ziekenhuis doet zelf geen trombolyse en heeft afspraken met het AMC.

Exclusiecriteria trombolyse: bijlage

#### Samenvatting exclusiecriteria trombolyse:

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

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

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

#### Bij verdenking TIA

- De huisarts neemt **altijd 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 bijlage voor risico-inschatting op CVA binnen twee dagen na TIA.) Deze score zou mee kunnen wegen bij besluit iemand met TIA al of niet op te nemen c.q. ook in het weekend direct te screenen.
- Alleen in uitzonderingsgevallen (uitgebreide comorbiditeit) zal de huisarts afzien van verwijzing en naar eigen inzicht deel van diagnostiek en behandeling starten.

## 2.2 Informatieoverdracht van huisarts naar neuroloog in acute fase

- Huisarts geeft brief mee met daarin het tijdstip van optreden / beloop van de klachten, patiëntgegevens over exclusiecriteria voor trombolyse, medicatiegebruik en voorgeschiedenis, bevindingen bij lichamelijk onderzoek, inclusief glucose. Indien bekend reanimeerbeleid. De verwijfsbrief kan via zorgdomein, de aanmelding moet altijd telefonisch via de dienstdoende neuroloog.
- Vermelding bereikbaarheid huisarts; 06-nummer, intercollegiaal nummer, e-mail adres.
- TIA in het weekend: ook altijd telefonisch overleg met de neuroloog. De dienstdoende neuroloog beslist of patiënt naar de SEH moet komen of zich maandag in het BovenIJ kan melden voor TIA dagbehandeling.

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


- **Op de TIA-poli / dagbehandeling wordt de patiënt binnen 24-uur** gezien, eventueel rekening houdend met de ABCD2 score.
- Diagnostiek betreft: CT scan (uitsluiten bloeding), inventarisatie cardiovasculaire risicofactoren en ECHO carotiden (bij TIA in stroomgebied a. carotis interna), lab, ECG.
- Het behandelplan en de bespreking vinden dezelfde dag plaats.

### 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 mannen onder de 50 (vrouwen onder de 55) altijd en bij patiënten boven de 50 bij afwezigheid van andere risicofactoren ook verwijzing te overwegen.
- Naar de revalidatie: bij blijvende beperkingen bij CVA voor revalidatie.
- Naar de vaatchirurg: voor operatie bij carotisstenose > 70% bij vrouwen, bij mannen vanaf 50%.

### 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, voor verdere behandeling en controle van het risicoprofiel volgens ACT-protocol.  bijlage

## 2.4 Uitgangspunten bij terugverwijzing naar de eerste lijn

- De neuroloog ziet de patiënten 6 weken na CVA (opname) of TIA nog eenmaal terug op de polikliniek. Niet wanneer ze opgenomen zijn in revalidatiekliniek.
- De neuroloog verwijst de patiënt 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, 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.
- Bloeddruk, lipiden, glucose.
- Een overzicht van de ingezette niet-medicamenteuze behandeling.
- Een overzicht van de medicatie met de indicatie daarvoor en de gebruiksduur (en redenen bij afwijking van het protocol).
- Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie / stopredenen.
- De neuroloog geeft aan dat besproken is met de patiënt, dat deze binnen 3 maanden naar de huisarts gaat voor controle.

Bij terugverwijzing: appel op huisarts doen om actief patient op te roepen m.b.t. leefstijladviezen.

## 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.
- De patiënt is in het bezit van zijn/haar ketendossier.

Aandachtspunten bij de follow-up voor deze patiëntengroep

- Extra aandacht voor zelfredzaamheid, cognitief functioneren / depressie, toestand mantelzorger, hulp thuiszorg.
- Verwijs zo nodig naar het Beroerte Advies Centrum voor bijzonder expertise op het gebied van de zorg na CVA. ([www.beroerteadviescentrum.nl](http://www.beroerteadviescentrum.nl))
- Het bestaan van transmurale ketenzorg CVA (verpleeghuis/specialisten/paramedici) bij revalidatie.

## 2.7 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

Contactgegevens poli neurologie

Telefoon: 020 – 634 62 60 / 020 – 634 62 61

Overleg/Bel bij verdenking TIA/CVA altijd meteen met de dienstdoende neuroloog



Bijzonderheden m.b.t. beleid in deze regio


1. Met de implementatie van de ABCD2-score wordt in deze regio gestart. Is punt van bespreking tijdens transmurale scholing en de transmurale werkgroep in de regio. Ook binnen de neurologenmaatschap is de implementatie nog niet geheel doorgevoerd.

### 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 (zie onder).
- **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-arm index:  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 vinger-pulsaties) en kunnen ten onrechte geruststellen. Bij een iliacale stenose kunnen de perifere pulsaties voelbaar blijven.

Zie  voor de discussie over de waarde van de 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](http://www.ACT020.nl) onder kennisbank, downloads voor een overzicht van gespecialiseerde fysiotherapeuten. In Noord is dit Fysiotherapie Amsterdam-Noord (meerdere locaties), contact via Ijdoornlaan 599, 1024 KT Amsterdam, Tel: 020-6323614

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

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

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



### 3.4 Consultatie van de tweede lijn

- Voor korte vragen is het mogelijk een consultatie te plegen. Bijvoorbeeld een vraag over procedure van verwijzing, op welke termijn verwijzing, overleg wondbeleid, postoperatief probleem tussen controles optredend, echo-uitslag
- Procedure: Eerst vaatchirurg bellen. Als niemand bereikbaar is, stuurt de huisarts een fax met relevante info naar het faxnummer van het secretariaat vaatchirurgie.

### 3.5 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

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

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

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

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

Doorgaans verwijst de vaatchirurg patiënten terug naar de eerste lijn:

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

#### Contactgegevens poli

**OLVG** (fax 020-5993840). Voor vragen uit de **BovenIJ** regio geldt hetzelfde faxnummer, maar dan **specifiek gericht aan Anco Vahl**. Antwoord volgt dan binnen 2 dagen per fax. Ook graag telefonische bereikbaarheid doorgeven voor het geval aanvullende informatie nodig is. Wanneer via een beveiligde internetverbinding contact mogelijk is, wordt het faxnummer vervangen door een e-mailadres van het secretariaat.

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

*De vaatchirurgengroep van OLVG//SLAZ/BovenIJ vindt de enkel-arm index niet geschikt als eerstelijns diagnosticum. De bepaling kan met name in rust vals negatief uitvallen en wint aan betrouwbaarheid door hem te verrichten na een gestandaardiseerde inspanning. Daarnaast is de test weinig betrouwbaar in onervaren handen. De huisartsen uit de werkgroep willen, dit*

*overwegende, de EAI niet direct uit het huisartsenarsenaal schrappen, maar onderzoeken in hoeverre dit instrument gevalideerd is in de eerste Lijn. De betrouwbaarheid van de EAI zal in de eerstelijns al anders uitvallen vanwege de lagere prevalentie van vaatlijden in vergelijking met de vaatchirurgische populatie. Voorgesteld wordt om deze overwegingen onderwerp te laten zijn van de scholing betreffende transmurale afspraken. Ook wordt afgewacht wat de reactie van de vaatchirurgen in AMC en VU/ Slotervaart op dit is.*

*De vaatchirurgengroep van OLVG/SLAZ en BovenIJ is van mening dat alle patiënten bij wie de huisarts denkt aan vaatlijden, verwezen zouden moeten worden voor diagnostiek in een vaatlab. In deze ziekenhuizen is het vooralsnog niet mogelijk om bij het vaatlab als diagnostische verrichting een enkel-arm-index met daarbij een vaatchirurgische interpretatie aan te vragen (bestaat geen DBC voor). Een dergelijke voorziening zou wel een geschikt alternatief zijn voor patiënten met relatief geringe klachten waarbij de huisarts de behandeling nog heel goed in eigen beheer zou kunnen houden, maar waarbij hij meer zekerheid wil hebben over de diagnose.*

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

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

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

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

Verwijzing naar vaatchirurg vindt plaats bij:

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

### 4.2 Informatieoverdracht van huisarts naar specialist

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

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

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

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

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

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

De vaatchirurg schrijft binnen twee weken na ontslag een brief met

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

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

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

Doelen:

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

Aandachtspunten bij de follow-up voor deze patiëntengroep

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

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

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

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

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

Voor consultatie zie hoofdstuk 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

##### Contactgegevens poli

**OLVG** (fax 5993840). Voor vragen uit de **BovenIJ** regio geldt hetzelfde faxnummer, maar dan **specifiek gericht aan Anco Vahl**. Antwoord volgt dan binnen 2 dagen per fax. Ook graag telefonische bereikbaarheid doorgeven voor het geval aanvullende informatie nodig is. Wanneer via een beveiligde internetverbinding contact mogelijk is, wordt het faxnummer vervangen door een e-mailadres van het secretariaat.


##### 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 (eerstegraads familieleden) met een (A)AAA te screenen op AAA met behulp van echografie. In het ACT-protocol staat dat het de huisarts ter overweging gegeven wordt om mensen met arterieel vaatlijden eenmalig te screenen op AAA op het 60<sup>ste</sup> jaar.
- Het beleid bij een (vermoeden van) geruptureerd AAA. Alleen VU, AMC en OLVG doen acute AAA operaties, hebben bij toerbeurt dienst. Ambulancedienst weet welk ziekenhuis dienst heeft.

## 5. Hypertensie: Afspraken tussen internisten en huisartsen

### 5.1 Uitgangspunten bij behandeling in de eerste lijn


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

 bijlage: stappenplan bij behandeling en de voorkeursmedicatie

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

Verwijzing naar internist /vasculair-geneeskundige:

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

 bijlage: voor een toelichting per indicatie.

 bijlage : Bloeddrukverhogende medicatie en middelen

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

#### 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. Bij therapieresistente hypertensie kunnen aanvullende behandelingen overwogen worden (bijvoorbeeld: sympathectomie).

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

De internist **verwijst terug naar de huisarts** 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)
- Brief wordt gefaxt / gemaild / afspraak via zorgdomein

### Consultatie bij niet spoed

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

- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing, naar fax / e-mailadres.
- Huisarts **ontvangt binnen drie dagen antwoord** per fax / telefoon (of mail als ring verbinding geïmplementeerd).
- De mogelijkheid om via zorgmail te communiceren is nog in onderzoek (stedelijk).
- Consultatie van de internisten in het BovenIJ ziekenhuis: via de receptie van het ziekenhuis d.m.v. de tracer dan wel via e-mail.



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

De huisarts ontvangt z.s.m. na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen (inclusief redenen om bepaalde medicamenten te stoppen/ te geven).

- Uiterlijk **3 weken na afronding/ontslag** vanuit de poli krijgt de huisarts **een brief** met alle diagnostische en therapeutische bevindingen.
- Binnen 3 maanden na het eerste EPB ontvangt de huisarts een brief.

## 5.8 Regionale contactgegevens en bijzonderheden

De volgende mogelijkheid tot gericht verwijzen is (op dit moment) aanwezig:

- Alle maligne haematologie direct naar de hematoloog, Monique Lamboo
- Nefrologie naar Nynke Posthuma
- RR/DM naar Nynke Posthuma en Daniel Faber
- Hypercholesterolemie naar Daniel Faber

### Contactgegevens internisten

Nynke Posthuma	N.Posthuma@BovenIJ.nl
M. Lamboo	M.Lamboo@BovenIJ.nl
W. van Leeuwen	W.vanLeeuwen@BovenIJ.nl
D. Faber	D.Faber@BovenIJ.nl

Tel poli interne geneeskunde: 020 - 634 6296 / 6297

Faxnummer secretariaat van de interne geneeskunde: 020 – 634 62 68

Reguliere verwijzing bij voorkeur via zorgdomein.

## 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 een therapieresistente te hoge LDL > 2,5 waarde is.
- Bij herhaling gemeten triglyceriden > 5 ondanks maximale medicatie.
- Verdinking familiale hypercholesterolemie volgens de STOEH-criteria (zie NHG standpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie).
- Onacceptabele bijwerkingen van statines.

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

#### Verwijzing

Huisarts schrijft brief met daarin minimaal de volgende gegevens:

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

#### Consultatie

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

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

- Bij voorkeur wordt contact gelegd via mail of direct telefonisch.

#### 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. 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

De volgende mogelijkheid tot gericht verwijzen is (op dit moment) aanwezig:

- Alle maligne haematologie direct naar de hematoloog, Monique Lamboo
- Nefrologie naar Nynke Posthuma
- RR/DM naar Nynke Posthuma en Daniel Faber
- Hypercholesterolemie naar Daniel Faber

Contactgegevens internisten

Nynke Posthuma	N.Posthuma@BovenIJ.nl
M. Lamboo	M.Lamboo@BovenIJ.nl
W. van Leeuwen	W.vanLeeuwen@BovenIJ.nl
D. Faber	D. Faber@BovenIJ.nl

Tel poli interne geneeskunde: 020 - 634 6296 / 6297

Faxnummer secretariaat van de interne geneeskunde: 020 – 634 62 68

Voor consultatie of nagekomen vragen faxen naar secretariaat van de interne geneeskunde.

Reguliere verwijzing bij voorkeur via zorgdomein.

## 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 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 overige patiënten**

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 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:

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

- Zie algemeen ACT-protocol voor de behandeling van de CVR 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/1,73m<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 en 1(OH) vit D3.

**Noot**

De nefroloog van het BovenIJ vindt de problematiek van PTH en de behandeling / dosering 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 rond de 8 of 10 (nog af te stemmen met andere nefrologen) vindt consultatie plaats. Graag in het BovenIJ laten prikken i.v.m. de wisselende normaalwaarden. Vit D tekort in eerste instantie aanvullen tot normale waarde, als desondanks parathormoon niet daalt, is waarschijnlijk alfacalcidol nodig.

## 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

	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

### Consultatie nefroloog

Overweeg consultatie van de nefroloog bij:

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

### Toelichting

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

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

### **Consultatie:**

Consultatie via direct telefonisch contact of via de e-mail.

### **Verwijzing:**

Voor electieve verwijzing: brief via zorgdomein of meegeven aan patiënt. De patiënt maakt zelf een afspraak via de polimedewerkers.

Semi spoed: huisarts neemt telefonisch contact op en stuurt al of niet een brief via Zorgdomein, waarna de patiënt – indien nodig – door de polimedewerkers telefonische wordt benaderd om de afspraak vast te leggen.

Bij spoed volgt na onderling overleg doorgaans een presentatie op de afdeling Spoedeisende Hulp.



## 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 intercollegiaal nummer, e-mail en desgewenst mobiel nummer.

## 7.5 Uitgangspunten voor de behandeling in de tweede lijn

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

- **Preventie van progressie van nierschade**
  - Stoppen met roken;
  - Verminderen overgewicht;
  - Behandeling hoge bloeddruk: streefwaarde RR  $\leq$  130/80 mmHg; zoutbeperking (<5 gram/dag);
  - Reductie proteïnurie tot ten minste <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. Uiteelg 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 3 weken na het laatste polibezoek een brief met alle diagnostische en therapeutische bevindingen.

#### 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

De volgende mogelijkheid tot gericht verwijzen is (op dit moment) aanwezig:

- Alle maligne haematologie direct naar de hematoloog
- Nefrologie naar Nynke Posthuma
- RR/DM naar Nynke Posthuma en Daniel Faber
- Hypercholesterolemie naar Daniel Faber

##### Contactgegevens internisten

Nynke Posthuma	N.Posthuma@BovenIJ.nl
M. Lamboo	M.Lamboo@BovenIJ.nl
W. van Leeuwen	W.vanLeeuwen@BovenIJ.nl
D. Faber	D.Faber@BovenIJ.nl

Tel poli interne geneeskunde: 020 - 634 6296 / 6297

Faxnummer secretariaat van de interne geneeskunde: 020 – 634 62 68

Voor consultatie of nagekomen vragen faxen naar secretariaat van de interne geneeskunde.

Reguliere verwijzing bij voorkeur via zorgdomein.