

Regionale Transmurale Afspraak

MCC Haarlem en Meer

—

Deel 1: Algemene informatie

Titel RTA

Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

Brondocumenten

1	Richtlijn cardiovasculair risico management 2019 (FMS)
2	NHG standaard cardiovasculair risicomanagement 2019
3	Landelijke Transmurale afspraak cardiovasculair risicomanagement 2016
4	Zorgprogramma KCOETZ CVRM 2019
5	Zorgprogramma Haarlemmermeer ketenzorg CVRM
6	2019 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias, European Heart Journal, jan 2020
7	NHG Standaard perifeer arterieel vaatlijden 2014
8	Multidisciplinaire richtlijn perifeer arterieel vaatlijden (PAV), 2016 (FMS)

Datum RTA

Versie 1	Oktober 2017	
Versie 2	Juli 2020	Aangepast naar nieuwe richtlijn en NHG standaard <i>Let op: de RTA is gepubliceerd maar goede implementatie volgt pas na analyse van de mogelijke gevolgen.</i>

Werkgroep

Naam	Functie
D Nio	Chirurg Spaarne Gasthuis
MCEJ Bakker	Huisarts, HCZK, KCOETZ CVRM
W Ouwendijk	Huisarts, HvH, Zorggroep Haarlemmermeer
M Nadimzadeh	Huisarts, Kaderhuisarts CVRM, HvH, Zorggroep H'meer
ATM Huizenga	Internist Spaarne Gasthuis, MCC Haarlem en Meer

Aanleiding RTA

Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De eerste en tweede lijn hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid substitutie in de zorg mogelijk te maken.
--

Doel RTA

De RTA perifeer arterieel vaatlijden benoemt de raakvlakken tussen de eerste en tweedelijnszorg en bevordert dat huisarts geneeskundige of specialistische zorg op het juiste tijdstip wordt geboden terwijl de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft voor de patiënt. Het doel van de RTA is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en informatieoverdracht.

Deel 2: Medisch inhoudelijke afspraken

Exclusie Criteria

Voor CVRM na perifeer arterieel vaatlijden:

Patiënten met proteïnurie, jonger dan 65jr en een MDRD<45, en/of ouder dan 65jr en een MDRD<30, en/of persisterende microalbuminurie bij goed gereguleerde bloeddruk en/of diabetes mellitus, en/of sedimentafwijkingen: zie RTA Chronische Nierschade of RTA Diabetes Mellitus type 2 (nog in de maak). Wanneer deze gereed zijn wordt gekeken naar mogelijkheid tot gedeeltelijke samenvoegingen c.q. synchronisatie.

Voor het perifeer arterieel vaatlijden gedeelte gelden geen exclusie criteria.

Voor kwetsbare ouderen: zie addendum

Uitgangspunten voor diagnostiek en behandeling in de eerste lijn

Aanbevelingen voor diagnostiek

Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek kan chronisch obstructief arterieel vaatlijden slechts bij een kleine groep patiënten met grote zekerheid worden aangetoond. Typische claudicati klachten alleen zijn niet bewijzend. Bij een vermoeden van chronisch obstructief vaatlijden is bepaling van de enkel-armindex in de volgende gevallen aangewezen:

- klachten van claudicatio intermittens;
- huidtemperatuur van één voet duidelijk lager dan van de andere voet;
- afwijkende pulsaties van de a. tibialis posterior en/of a. dorsalis pedis aan een voet;
- soufflé bij auscultatie van de a. femoralis.

Valkuilen: Bij een iliacale stenose kunnen de perifere pulsaties voelbaar blijven.

De enkel-arm index (EAI)

Chronisch obstructief arterieel vaatlijden is vrijwel zeker bij een eenmalige EAI <0,8 óf bij een gemiddelde van 3 EAI-bepalingen <0,9.

Chronisch obstructief arterieel vaatlijden is vrijwel uitgesloten bij een eenmalige EAI >1,1 óf bij een gemiddelde van 3 EAI-bepalingen > 1,0.

Bij een gemiddelde enkel-armindex van 0,9 tot en met 1,0 kan de diagnose chronisch obstructief arterieel vaatlijden niet met zekerheid worden gesteld.

Valkuil: De EAI kan onbetrouwbaar zijn bij diabeten.

Bij een verdenking op acute ischemie gaat de huisarts voor het inschatten van de ernst van de ischemie op basis van klinische verschijnselen na of er naast ontbrekende arteriële pulsaties van de enkelslagaders sprake is van spierzwakte en/of gevoelsstoornissen.

Indicatie voor speedverwijzing of speedoverleg

- Acute ischemie (onhoudbare pijn, wit been met sensibele e/o motorische uitval) o.b.v. arteriële trombose of embolie.
- Dreigende sepsis o.b.v. geïnfecteerde necrose.

Indicatie voor verwijzing of consultatie naar de tweede lijn

In de volgende situaties verwijst de huisarts voor nadere diagnostiek en/of behandeling naar een vaatchirurg:

- Bij een gemiddelde enkelarm-index van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose.
- Bij patiënten met diabetes mellitus en een vermoeden van perifeer arterieel vaatlijden.
- Perifeer arterieel vaatlijden met snelle progressie van de klachten of Perifeer arterieel vaatlijden met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining.
- Bij blijvende verdenking en onduidelijke diagnostiek.
- Bij wond o.b.v. necrose (graag alvast kweek afnemen in de thuissituatie).
- Bij ieder vorm van kritieke ischemie (Fontaine3/4).

NB Sinds 2020 kan er vaatlab zonder consult vaatchirurg worden aan gevraagd in ZorgDomein.

Informatieoverdracht bij verwijzing van de eerste naar de tweede lijn

De informatieoverdracht moet voldoen aan de zogenaamde HASP-richtlijn.

De huisarts vermeldt minimaal in zijn verwijfsbrief:

- 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;
- Actuele medicatie.

Uitgangspunten voor diagnostiek en behandeling in de tweede lijn

- Alle claudicatio patiënten krijgen in principe voor 6 maanden gesuperviseerde looptraining bij fysiotherapeuten aangesloten bij Claudicationet.
- Besluit tot ingreep en welke ingreep wordt op de specifieke situatie van de patiënt toegesneden (operatieve ingreep/PTA).

Indicatie voor verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

Doorgaans verwijst de vaatchirurg patiënten terug naar de eerste lijn:

- Bij voldoende effect van gesuperviseerde looptraining na 6 maanden.

- Na geslaagde dotterbehandeling en eerste poliklinische controle na 6 weken en geen klachten meer.
- Wanneer vaatlijden is uitgesloten.
 - Bij verdenking neurogene claudicatio wordt terug verwezen naar huisarts met advies consult neuroloog.
 - In overige situaties gaat de patiënt in principe retour naar de huisarts voor verdere analyse / begeleiding.
- Bij niet behandelbaar vaatlijden hetzij door de comorbiditeit, hetzij door interventie-technische onmogelijkheden.

***Alleen indien sprake is van een van onderstaande criteria kan direct vanuit de tweede lijn naar de vasculaire poli worden verwezen. In ALLE overige gevallen is de huisarts verantwoordelijk voor CVRM.**

1) Premature hart- en vaatziekten

- Leeftijd < 45 jaar (inclusief retinale veneuze occlusie, young stroke e.d.) tenzij de oorzaak reeds bekend is.

2) Lipiden (Zie RTA dyslipidemie)

- Bij verdenking familiale hypercholesterolemie volgens Leefh criteria.
- Bij een triglyceriden concentratie van >10 mmol/L ondanks leefstijlaanpassingen en eventuele medicatie.
- Bij een zeer laag HDL-cholesterol (<0.5 mmol/L).
- Bij het niet halen van de streefwaarden bij zeer hoog risico patiënten ondanks behandeling volgens stappenplan in het zorgprogramma CVRM door de huisarts.

3) Hypertensie (zie RTA Hypertensie)

- Hoog risico patiënten waarbij gedurende >6 maanden sprake is van een therapieresistente hypertensie. Dit is een systolische bloeddruk >140 mmHg, (bij patiënten ≥70 jaar >150 mmHg) ondanks gebruik van drie verschillende antihypertensiva in adequate doses. Bij voorkeur o.b.v. ambulante metingen.
- Bij intolerantie voor antihypertensiva en het niet behalen van de streefwaarden.
- Bij vermoeden op secundaire hypertensie. [Zie bijlage 1 voor de kenmerken die kunnen wijzen op secundaire hypertensie.](#)
- Bij een afwijkend 24-uursbloeddrukpatroon ondanks behandeling conform zorgprogramma door de huisarts

Uitgangspunten bij (terug)verwijzing van tweede naar eerste lijn

Er bestaat een gedeelde verantwoordelijkheid voor patiënt, huisarts en vaatchirurg dat dit ook gebeurt:

1) De patiënt

- a. Maakt zelf een afspraak bij de huisarts voor 3 maanden na ontslag.

2) De vaatchirurg

- a. vermeldt in de ontslagbrief dat patiënt voor CVRM naar de huisarts wordt verwezen. Indien de patiënt op kortere termijn dan 3 maanden door de huisarts gezien moet worden wordt dit specifiek in de ontslagbrief vermeld.

- b. wijst de patiënt op het belang van CVRM door de huisarts.
 - c. verzoekt de patiënt een afspraak bij de huisarts te maken.
- 3) De huisarts
- a. controleert of er een afspraak is gemaakt.
 - b. is verantwoordelijk voor het aanbieden van een (gestructureerd) CVRM programma.
 - c. gebruikt het zorgprogramma CVRM van de huisartsenvereniging als richtlijn voor de behandeling.

Informatieoverdracht bij (terug)verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

De huisarts ontvangt na opname binnen 24 uur een (voorlopige) ontslagbrief en zo nodig binnen 4 dagen na ontslag de definitieve ontslagbrief.

Na ontslag van de poli volgt maximaal 1 week na het laatste polibezoek een ontslagbrief. In de brief staat vermeld:

- De uitgevoerde relevante diagnostiek en de diagnose;
- Eventuele operatie of dotterbehandeling;
- Overige (niet-)medicamenteuze behandeling (bijv. loopadvies);
- Verzoek tot overname CVRM of eventuele verwijzing naar Vasculaire poli;
- Naam en bereikbaarheid behandelend specialist.

Uitgangspunten bij follow-up in de eerste lijn

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.

Medicamenteuze behandeling en streefwaarden.

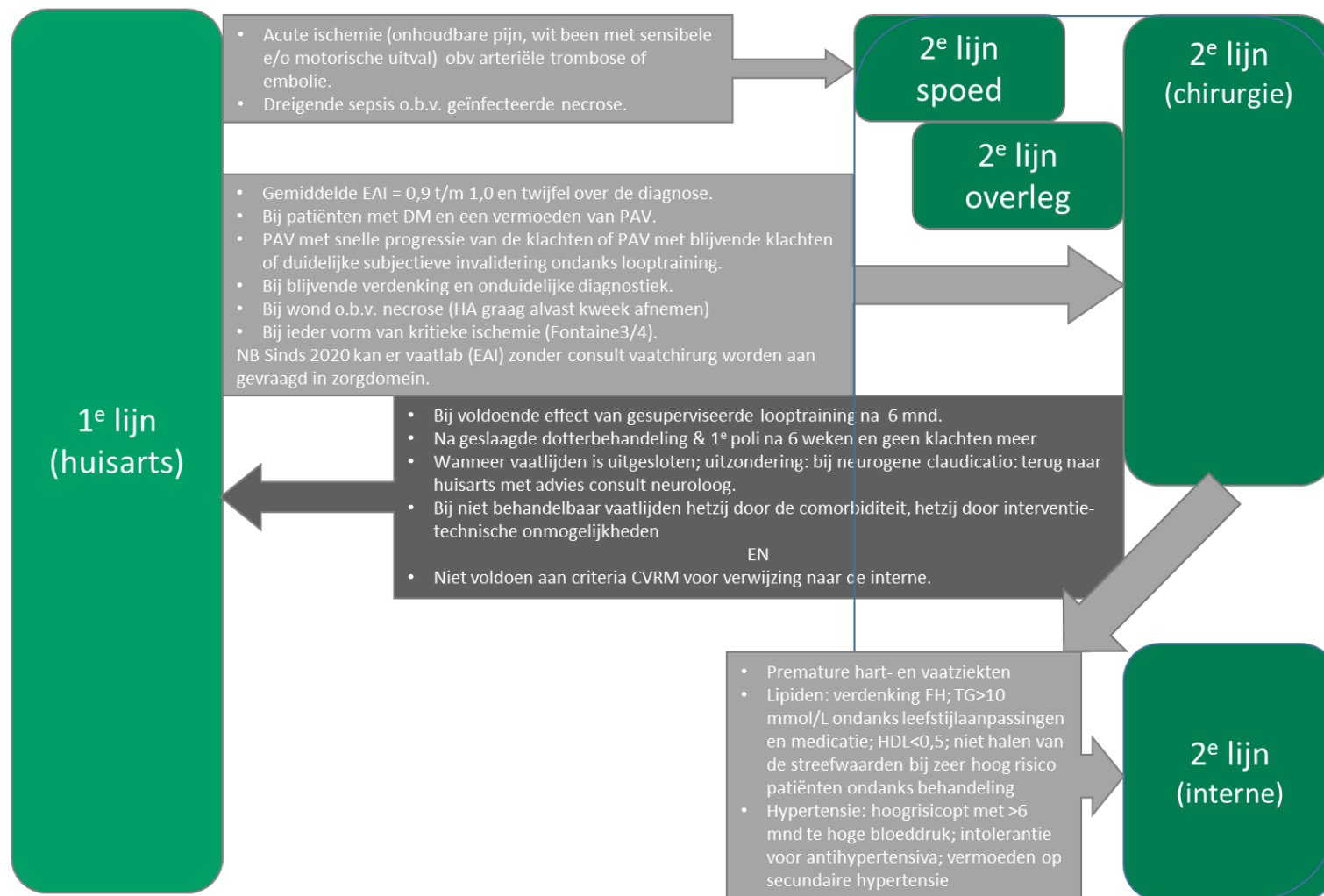
In het ziekenhuis wordt de eerste medicatie gestart. Deze dient door huisarts gecontroleerd, gecontinueerd, aangepast of uitgebreid te worden:

1. Trombocyten aggregatieremming
 - a. Clopidogrel 75mg 1dd in principe levenslang.
 - b. Maagbescherming wordt toegevoegd conform de NHG standaard. Bij clopidogrel als aggregatieremmer is geen maagbescherming vereist, bij acetylsalicylzuurderivaten wel.
2. Lipiden behandeling volgens Richtlijn CVRM/ zorgprogramma
 - a. Streef bij patiënten ≤ 70 jaar en HVZ naar een LDL $< 1,8$ mmol/l.
 - b. Voor alle overige patiënten is de streefwaarde voor LDL $< 2,6$ mmol/l.
3. Bloeddruk behandeling volgens richtlijn CVRM/zorgprogramma
 - a. Streef bij patiënten ≤ 70 jaar naar een systolische bloeddruk < 140 mmHg. Streef naar een lagere systolische bloeddruk < 130 mmHg, indien de medicatie goed verdragen wordt.
 - b. Streef bij vitale patiënten > 70 jaar naar een systolische bloeddruk < 150 mmHg. Overweeg bij het verdragen en het niet optreden van bijwerkingen van de

medicatie bij vitale ouderen de systolische bloeddruk nog verder te verlagen <140 mmHg. Monitor de bijwerkingen bij iedere controle.

- c. Meet de bloeddruk in de spreekkamer. Bij een afwijkende bloeddruk, meet d.m.v. een ambulante meting zijnde een 24-uurs meting of een geprotocolleerde thuismeting.
- d. Voor streefwaarden en behandeling van kwetsbare ouderen, zie het addendum.

Samenvatting verwijsafspraken



Deel 3: Logistieke en procedurele afspraken

Procedure bij verwijzing of consultatie van de eerste naar tweede lijn.

- Verwijsbrieven zo veel mogelijk via ZorgDomein.
- Spoed: Eerst dienstdoend chirurg bellen, die weet welke vaatchirurg bereikbaar is. Voor nummer zie NHZ Connected App of via centrale 023-2240000.
- 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.
- In principe kan een patiënt binnen 24-48 u poliklinisch gezien worden.

Procedure bij verwijzing van de tweede naar eerste lijn.

- Huisarts ziet patiënt 3 maanden na ontvangst van de ontslagbrief voor CVRM (of eerder indien vermeld in ontslagbrief).
- De chirurg schrijft de huisarts een ontslagbericht:
 - Na opname uiterlijk op de eerste werkdag na ontslag uit het ziekenhuis een (voorlopige) ontslagbrief.
 - Indien voorlopige ontslagbrief dan binnen 4 dagen na ontslag na opname in ziekenhuis definitieve ontslagbrief.
 - Een week na ontslag polikliniek.

Regionale contact gegevens

NHZ Connected (app en website)

Uitsluiting van aansprakelijkheid

In de regio Kennemerland, Amstelland en Meerlanden maken medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde Regionale Transmurale Afspraken (RTA) om de zorg rondom patiëntengroepen in de regio zo optimaal mogelijk te organiseren.

De RTA's zijn met de hoogst mogelijke zorg opgesteld. Zij zijn o.a. gebaseerd op landelijke richtlijnen, standaarden en de gewenste werkwijze in onze regio. De RTA's zijn nu tijdelijk raadpleegbaar via www.spaarnegasthuis.nl/verwijzers daar het Haarlem-en-Meer platform (app en website) tot ca november 2020 uit de lucht is.

Om medische of praktische reden of omdat de patiënt dat wenst, kan worden afgeweken van de gemaakte afspraken. Er kunnen aan de afspraken, of de verwoording daarvan, geen rechten worden ontleend.

De RTA's worden periodiek geëvalueerd en indien nodig geüpdatet. Wij sluiten elke aansprakelijkheid voor de inhoud van de RTA's uit.

April 2019

Medisch Coördinerend Centrum Haarlem en Meer

Bijlage 1 Kenmerken secundaire hypertensie

Oorzaken	Klinische aanwijzingen
obstructieve slaapapnoe	Snurken, waargenomen apnoes, overmatige slaperigheid overdag
primair hyperaldosteronisme	hypokaliëmie (ongeacht het gebruik van diuretica)
chronische nierschade	creatinineklaring < 30 ml/min, albuminurie of proteïnurie; erythrocyturie
nierarteriestenose door fibromusculaire dysplasie	< 40 jaar zonder andere risicofactoren voor hypertensie
Hypothyreoïdie	klachten en tekenen passend bij hypothyreoïdie, verhoogd TSH-gehalte
feochromocytoom	aanvalsgewijze hypertensie, palpitatie, zweten, hoofdpijn
Syndroom van Cushing	vollemaansgezicht; centrale obesitas, abdominale striae, interscapulaire vetophoping
coarctatio aortae	bloeddrukverschil tussen arteriae brachiales en/of tussen arteriae brachiales en femorales, systolische soufflé