

Regionale Transmurale Afspraken Utrecht

RTA CVRM

Deelnemende Partijen

Deze afspraken wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.
2. Ziekenhuizen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.

Status: Eindconcept	Eigenaar: Trijn	Beheerder: RTA coördinator Trijn
Versie: Versie: 2.0		
Wijze van publicatie: Zorgdomein, websites partijen, website Trijn	Verantwoordelijken: Expertgroep	E-mailadres contactpersonen: zie bijlage 1

Doelstelling

Het doel van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving in de regio Midden-Nederland, waarbij we ons inhoudelijk baseren op de beroepsstandaarden, met name de NHG- standaarden. Voor meer informatie over een standaard diagnostisch en therapeutisch traject verwijzen we naar deze standaarden.

Bijlagen

Zie bijlage 1: Contactpersonen

Regionale werkafspraken Hyperlipidemie

Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen internisten en huisartsen

- Bij hoogrisico patiënten (HVZ-risico $\geq 20\%$ in 10 jaar volgens Risicotabel) en patiënten met klinisch manifest vaatlijden wordt gestreefd naar een LDL-c < 2.5 mmol/L.
- Bij patiënten met bewezen coronairlijden kan worden overwogen om te streven naar een LDL-c < 1.8 mmol/L.
- Bij patiënten met een LDL-c < 2.5 mmol/L EN nieuw vaatlijden (een eerste of volgend vaatevent) kan worden overwogen om te streven naar een LDL-c < 1.8 mmol/L.
- Simvastatine of atorvastatine zijn de eerste keus statines. Eventueel kan ezetimibe worden toegevoegd om de streefwaarde te halen.

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 over de consultatieprocedure:

- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing.
- Huisarts ontvangt binnen drie dagen antwoord.

Verwijzen

Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van tweede lijn

Overweeg verwijzing naar een internist-vasculair geneeskundige indien:

- Triglyceriden > 5 mmol/L ondanks leefstijlaanpassingen en eventuele medicatie.
- Verdenking familiale hypercholesterolemie volgens STOEH-criteria (zie NHG-standpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie).
- Onacceptabele bijwerkingen van statines.
- Een zeer laag HDL-cholesterol (< 0.6 mmol/L)

Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Verwijzing

Huisarts vermeldt minimaal de volgende gegevens in de verwijsbrief:

- Beloop hyperlipidemie.
- Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat.
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie.
- Huidige medicatie.
- Relevante voorgeschiedenis.

Terugverwijzen

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.
- NB. Erfelijke dyslipidemie (behoudens multicausale hypercholesterolemie) hoort in principe in de 2e lijn onder controle te blijven.

De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroepprotocol.

Berichtgeving

Huisartsen en specialisten houden de HASP-richtlijn aan voor berichtgeving bij verwijzen en terugverwijzen. Indien relevant bij verwijzing aangeven of patiënt na advies terugverwacht wordt in eerste lijn. Bij terugverwijzing aangeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft. Patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM zorgprotocol van de huisarts.

Verwijsbrief wordt verzonden via Zorgdomein.

Ontslagbrief wordt verzonden via Edifact.

Regionale werkafspraken Hypertensie

Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen internisten en huisartsen.

- Bij hoogrisico patiënten (HVZ-risico $\geq 20\%$ in 10 jaar volgens Risicotabel) en patiënten met klinisch manifest vaatlijden wordt gestreefd naar een systolische spreekkamerbloeddruk < 140 mmHg.
- De keuze van de middelen is afhankelijk van leeftijd, etniciteit en comorbiditeit (zie CVRM richtlijn 2011).
- Het heeft de voorkeur om laaggedoseerd te beginnen en bij uitblijven van effect een middel toe te voegen van een andere groep. Kies bij combinaties middelen die op het renine-angiotensine-aldosteron systeem (RAAS) werken (bètablokkers, ACE-remmers, ARB's) samen met niet-RAAS-afhankelijke middelen (diuretica, calciumantagonisten).

Consultatie

Afspraken over de consultatieprocedure:

- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing.
- Huisarts ontvangt binnen drie dagen antwoord (bij voorkeur via Zorgdomein).

Verwijzen

Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van tweede lijn

Overweeg verwijzing naar een internist(-vasculair geneeskundige) indien:

- Er een hoog risico op HVZ blijft bestaan en er gedurende > 6 maanden sprake is van een persisterende therapieresistente hypertensie (systolische spreekkamerbloeddruk > 140 mmHg, ondanks gebruik van drie verschillende antihypertensiva in adequate doses, waarvan bij voorkeur tenminste 1 een diureticum).
- Intolerantie van antihypertensiva.
- Vermoeden van secundaire hypertensie (hypertensie bij leeftijd < 40 jaar, klinische aanwijzingen zoals tekenen van het syndroom van Cushing, hypokaliëmie (< 3.5 mmol/L), vermoeden van chronische nierschade, therapieresistente hypertensie).
- Afwijkend 24-uursbloeddrukpatroon:
 - Non-dipper (bij ≥ 2 metingen)
 - Nachtelijke hypertensie
 - Sterk schommelende bloeddrukken
 - Gemaskeerde hypertensie
- Hypertensieve crisis (=spoedverwijzing!).

Procedure bij verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Verwijzing

De verwijsbrief bevat minimaal de volgende gegevens:

- Beloop bloeddruk.
- Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat.
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie.
- Huidige medicatie.
- Relevante voorgeschiedenis.

Terugverwijzen

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.
- De huisarts verzocht om inventarisatie en advies (met directe terugverwijzing)

Indicaties voor blijvende behandeling in de 2e lijn:

I. Zeer therapieresistente hypertensie.

II. Hypertensie met ernstige eindorgaanschade.

De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibeziek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroepprotocol.

Berichtgeving

Huisartsen en specialisten houden de HASP-richtlijn aan voor berichtgeving bij verwijzen en terugverwijzen. Indien relevant bij verwijzing aangeven of patiënt na advies terugverwacht wordt in eerste lijn. Bij terugverwijzing aangeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft. Patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM zorgprotocol van de huisarts.

Verwijsbrief wordt verzonden via Zorgdomein.

Ontslagbrief wordt verzonden via Edifact.

Regionale werkafspraken Myocardinfarct

Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen cardiologen en huisartsen.

- Patiënt wordt vanaf het begin geïnformeerd over de samenwerking tussen huisarts en cardioloog en de mogelijke terugverwijzing naar de huisarts bij ongecompliceerd herstel.
- Elke patiënt die wegens een event behandeld is in de 2e lijn, wordt in principe voor cardiovasculair risicomanagement zo snel mogelijk in het eerstelijns programma opgenomen.
- Bij overdracht van het cardiovasculair risicomanagement aan de eerste lijn wordt een informatiebrief meegegeven waarin het waarom van die overdracht wordt uitgelegd en de oproepprocedure wordt toegelicht.

Bij ongecompliceerd verloop blijft de patiënt in principe zes tot twaalf maanden na het event onder behandeling van de cardioloog. In deze fase wordt de patiënt voor CVRM-zorg begeleid door de huisarts/POH (gedeelde zorg). 12 Maanden na ontslag (of zo mogelijk eerder) vindt in principe volledige overdracht aan huisarts plaats. De cardioloog zorgt voor schriftelijke overdracht aan huisarts (zie afspraken onder paragraaf 5.3 en 5.4).

Bij gecompliceerd verloop of uitgebreide pathologie kan dit een reden zijn om de patiënt langer in de 2^e lijn te controleren. Bij deze patiënten kan gedeelde CVRM-zorg overwogen worden.

Bijzonderheden bij follow-up van deze patiëntengroep:

Streefwaarde voor de bloeddruk is <140/90 mmHg. De streefwaarde voor LDL-c is <1.8 mmol/L. Starten met simvastatine of atorvastatine heeft de voorkeur. Indien hiermee de streefwaarde niet kan worden bereikt, zal worden gekozen voor een potenter statine.

Consultatie

Onder consultatie wordt verstaan: het adviseren van de huisarts over behandelopties en/of duiding van diagnostiek. Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst en dienstverleningsovereenkomst. Verschillende vormen van consultatie worden beschreven in de samenwerkingsovereenkomst. Bij consultatie blijft de huisarts 'hoofdbehandelaar' van de patiënt.

Consultatie van de kaderhuisarts

In eerste instantie heeft consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts de voorkeur boven consultatie van de specialist. De kaderhuisarts CVR van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

Consultatie van de specialist

De specialist is beschikbaar voor consultatie door een huisarts.

Besprekingen: casuïstiekbespreking door specialist

De cardiologen en indien van toepassing andere specialisten (zoals de vasculair geneeskundige) zijn bereid tot casuïstiekbesprekingen en bijeenkomsten die tot doel hebben dat specifieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Deze bijeenkomsten worden door de eerste lijn, in samenspraak met de tweede lijn, georganiseerd.

Verwijzen

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.
- Niet behalen van einddoelen wat betreft bloeddruk en LDL-c.

Terugverwijzen

Identificatie van patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor substitutie/gedeelde zorg:

- Huisarts/POH gaan 1x per jaar na welke patiënten volgens de RTA terug kunnen naar de huisarts of bij wie gedeelde zorg wenselijk is.
- Huisarts legt dit voor aan de betreffende cardioloog (bij voorkeur in casuïstiekbespreking of via beveiligde mail).

Cardioloog

- Besluit op voordracht van huisarts en/of op basis van de RTA dat de patiënt (gedeeltelijk) overgedragen kan worden naar de huisarts.
- Bespreekt dit met de patiënt en geeft informatiebrief mee.
- Indien de patiënt akkoord gaat maakt de cardioloog een (voorlopige) huisartsenbrief. In dit bericht staat minimaal:
 - Duidelijke vermelding van terugverwijzing en overdracht van zorg aan huisarts dan wel gedeelde zorg.
 - Relevante medische gegevens en behandeling.
 - Resultaten en doelen van de hartrevalidatie (indien nog relevant).
 - Resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (linkerventrikelfunctie, beschrijving eventueel verricht (inspannings-)ECG).
 - Actuele medicatie: een overzicht van de medicatie met indien ongebruikelijke indicatie of dosering, vermelding van de indicatie en de gebruiksduur. Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie en/of stopredenen.
 - Follow up afspraak bij de huisarts en/of cardioloog.
 - Wensen/doelen van de patiënt om mee verder te gaan bij de huisarts (indien bekend).
 - Overige betrokken disciplines (indien bekend).
- Geeft de patiënt het advies om een afspraak te maken met zijn eigen huisarts binnen 2 weken.
- Draagt zorg voor het niet openen van DOT's die betrekking hebben op CVRM bij patiënten die in het gedeelde zorg traject zitten.

Huisarts

- Verwerkt Edifactbericht over terugverwijzing of gedeelde zorg in het HIS.
- Neemt patiënt op in CVRM programma en checkt of er een afspraak in de agenda staat.
- Ziet patiënt de eerste keer na ontslag en daarna minimaal jaarlijks.
- Wordt vanaf het eerste contact met de patiënt de hoofdbehandelaar CVRM (zowel bij gedeelde zorg als terugverwijzing).
- Informeert de POH over de terugverwijzing en verwijst de patiënt naar spreekuur van POH.
- POH neemt patiënt op in gestructureerde CVRM spreekuur en verwijst naar/onderhoudt zo nodig contact met andere disciplines.

Berichtgeving

Huisartsen en specialisten houden de HASP-richtlijn aan voor berichtgeving bij verwijzen en terugverwijzen.

Indien relevant bij verwijzing aangeven of patiënt na advies terugverwacht wordt in eerste lijn. Bij terugverwijzing aangeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft. Patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM zorgprotocol van de huisarts.

Verwijsbrief wordt verzonden via Zorgdomein.
Ontslagbrief wordt verzonden via Edifact.

Regionale werkafspraken Aneurysma Aortae Abdominalis

Diagnostiek en behandeling

- Bij het vermoeden van een niet acuut asymptomatisch aneurysma aortae abdominalis wordt een echo met voorachterwaartse en dwarse diameter aangevraagd. Bij een grootste echo diameter van 3 cm tot 4,0 cm wordt jaarlijks een echo herhaald. Verwijzing naar een vaatchirurg vindt plaats bij patiënten met fusiform aneurysma aortae abdominalis van 4,0 cm of meer. Bij een sacculair aneurysma wordt de patiënt ongeacht de diameter van het aneurysma direct doorverwezen.
- De huisarts schrijft bij aneurysma aortae abdominalis-patiënten de medicatie voor passend bij secundaire CVR preventie, naast de al gestarte behandeling met plaatjesaggregatieremmers, tenzij er sprake is van harde contra-indicaties.

Consultatie

Onder consultatie wordt verstaan: het adviseren van de huisarts over behandelopties en/of duiding van diagnostiek. Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst en dienstverleningsovereenkomst. Verschillende vormen van consultatie worden beschreven in de samenwerkingsovereenkomst. Bij consultatie blijft de huisarts 'hoofdbehandelaar' van de patiënt.

Consultatie van de kaderhuisarts

In eerste instantie heeft consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts de voorkeur boven consultatie van de specialist. De kaderhuisarts CVR van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

Consultatie van de specialist

De specialist is beschikbaar voor consultatie door een huisarts.

Besprekingen: casuïstiekbespreking door specialist

De cardiologen en indien van toepassing andere specialisten (zoals de vasculair geneeskundige) zijn bereid tot casuïstiekbesprekingen en bijeenkomsten die tot doel hebben dat specifieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Deze bijeenkomsten worden door de eerste lijn, in samenspraak met de tweede lijn, georganiseerd.

Verwijzen

Er wordt bij een aneurysmagrootte van 4,0 cm naar de vaatchirurg verwezen.

Terugverwijzen

- De vaatchirurg verwijst de patiënt terug naar de huisarts zodra de diagnose aneurysma aortae abdominalis is gesteld en deze nog geen 4,0 cm in doorsnede is. Er kunnen individuele overwegingen zijn om de patiënt bij de specialist te blijven controleren.
- Als een patiënt is geopereerd, een vaatprothese heeft gekregen en de nacontrole heeft plaatsgevonden, wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts.
- De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezzoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroepprotocol.

Berichtgeving

Huisartsen en specialisten houden de [HASP-richtlijn](#) aan voor berichtgeving bij verwijzen en terugverwijzen. Indien relevant bij verwijzing aangeven of patiënt na advies terugverwacht wordt in eerste lijn. Bij terugverwijzing aangeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft. Patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM zorgprotocol van de huisarts.

Regionale werkafpraak Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen.

- Inventarisatie en behandeling risicofactoren volgens zorgroepprotocol.
- Verwijzing naar door fysiotherapie gesuperviseerde looptraining, bij voorkeur verwijzen naar een fysiotherapeut die aangesloten is bij Claudicationet.

Consultatie

Het adviseren van de huisarts over behandelopties en/of duiding geven van de diagnostiek. Bij consultatie blijft de huisarts 'hoofdbehandelaar'. Bekijk de samenwerkingsovereenkomst voor vormen van consultatie, afspraken en definities.

Consultatie van de kaderhuisarts

Consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts heeft de voorkeur boven consultatie van de specialist. De kaderhuisarts CVRM van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

Consultatie van de specialist

Voor vragen die in kort bestek beantwoord kunnen worden en het niet nodig is dat specialist de patiënt ziet, dan telefonische of schriftelijke consultatie van de specialist.

Afspraken over de consultatieprocedure:

- Huisartsenbrief volgens dezelfde aanwijzingen als bij verwijzing.
- Huisarts ontvangt binnen drie werkdagen antwoord.

Besprekingen: casuïstiekbespreking door specialist

De specialisten zijn bereid tot casuïstiekbesprekingen en bijeenkomsten met het doel dat specifieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Bijeenkomsten worden door de eerste lijn, in samenspraak met de tweede lijn, georganiseerd.

Verwijzen

Verwijsindicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

Verwijzing

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

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

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

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

Consultatie van de tweede lijn:

- Bij onduidelijkheden over het wel of niet verwijzen van een patiënt met perifeer arterieel vaatlijden kan altijd met de dienstdoend vaatchirurg worden overlegd.
- Bij goed uitgevoerde maar gefaalde looptraining.

Terugverwijzen

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

Doorgaans verwijst de vaatchirurg patiënten terug naar de eerste lijn:

- In geval van chronische ischaemie type Fontaine II, een EAI tussen de 0,9 en 1,0 en indien er sprake is van een niet acuut niet vitaal bedreigde situatie.
- In geval endovasculair/ operatief ingrijpen niet tot een te verwachte verhoging van de kwaliteit van leven zal leiden (bijv. bij ernstige mobiliteitsbeperkende andere factoren).

De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezzoek.

Berichtgeving

Huisartsen en specialisten houden de HASP-richtlijn aan voor berichtgeving bij verwijzen en terugverwijzen.

Indien relevant bij verwijzing aangeven of patiënt na advies terugverwacht wordt in eerste lijn. Bij terugverwijzing aangeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft. Patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM zorgprotocol van de huisarts.

Verwijsbrief wordt verzonden via Zorgdomein.

Ontslagbrief wordt verzonden via Edifact.

Regionale werkafspraken TIA/CVA

Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen neurologen en huisartsen

- Patiënten met de verdenking op een TIA worden door de huisarts direct verwezen naar de neuroloog.*
- Indien de patiënt nog geen orale antitrombotica gebruikt schrijft de huisarts carbasalaatcalcium 1 dd 100 mg, acetylsalicylzuur 1 dd 80 mg of clopidogrel 1 dd 75 mg voor. De patiënt dient dit z.s.m. te starten, met een eenmalige startdosis van 300 mg (voor elk van de drie opties).
- De patiënt wordt in principe de eerste werkdag na verwijzing door de neuroloog gezien. Bij recidiverende TIA's of onrust om andere redenen overlegt de huisarts met de neuroloog over een verwijzing op kortere termijn.
- Patiënten met de verdenking op een beroerte die voor een acute behandeling in aanmerking komen (d.w.z. zich binnen 6 uur na het ontstaan van de verschijnselen melden en/of progressieve neurologische klachten of een gedaald bewustzijn hebben) worden met A1-spoed door de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. De huisarts of ambulance doet een vooraankondiging van de komst van de patiënt.
- Over verwijzing van alle overige patiënten met blijvende uitvalsverschijnselen overlegt de huisarts direct met de neuroloog.
- Alle patiënten met een beroerte worden zo spoedig mogelijk na het ontstaan van de verschijnselen in het ziekenhuis opgenomen. Hiervan kan worden afgeweken, bijvoorbeeld in geval van minimale uitval, opname in een andere instelling zoals een verpleeghuis of een beperkte levensverwachting.
- Patiënten met de verdenking op een subarachnoïdale bloeding vallen buiten het bestek van deze RTA.

* Met 'neuroloog' wordt bedoeld de neuroloog zelf of zijn/haar vertegenwoordiger, zoals een arts-assistent of nurse-practitioner.

Consultatie

Onder consultatie wordt verstaan: het adviseren van de huisarts over behandelopties en/of duiding van diagnostiek. Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst en dienstverleningsovereenkomst. Verschillende vormen van consultatie worden beschreven in de samenwerkingsovereenkomst. Bij consultatie blijft de huisarts 'hoofdbehandelaar' van de patiënt.

Consultatie van de kaderhuisarts

In eerste instantie heeft consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts de voorkeur boven consultatie van de specialist. De kaderhuisarts CVR van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

Consultatie van de specialist

De specialist is beschikbaar voor consultatie door een huisarts.

Besprekingen: casuïstiekbespreking door specialist

De cardiologen en indien van toepassing andere specialisten (zoals de vasculair geneeskundige) zijn bereid tot casuïstiekbesprekingen en bijeenkomsten die tot doel hebben dat specifieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Deze bijeenkomsten worden door de eerste lijn, in samenspraak met de tweede lijn, georganiseerd.

Verwijzen

- Patiënten met de verdenking op een TIA worden door de huisarts direct verwezen naar de neuroloog.*
- Patiënten met de verdenking op een beroerte die voor een acute behandeling in aanmerking komen (d.w.z. zich binnen 6 uur na het ontstaan van de verschijnselen melden en/of progressieve neurologische klachten of een gedaald bewustzijn hebben) worden met A1-spoed door de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd. De huisarts of ambulance doet een vooraankondiging van de komst van de patiënt.
- Alle overige patiënten met blijvende uitvalsverschijnselen overlegt de huisarts direct met de neuroloog.

*** Met 'neuroloog' wordt bedoeld de neuroloog zelf of zijn/haar vertegenwoordiger, zoals een arts-assistent of nurse-practitioner.**

Terugverwijzen

- De neuroloog ziet de patiënten die naar huis zijn ontslagen ongeveer zes weken en/of drie maanden na ontslag of het eerste polikliniekbezoek terug op de polikliniek. Dit geldt in het geval van vaatchirurgisch ingrijpen ook voor de vaatchirurg.
- De neuroloog verwijst de patiënt terug naar de huisarts voor het verdere cardiovasculaire risicomanagement volgens de daartoe geldende Nederlandse richtlijn.
- Huisarts / 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.
- Patiënt wordt opgenomen in en behandeld conform het CVRM-protocol.

Berichtgeving

Huisartsen en specialisten houden de HASP-richtlijn aan voor berichtgeving bij verwijzen en terugverwijzen. Indien relevant bij verwijzing aangeven of patiënt na advies terugverwacht wordt in eerste lijn. Bij terugverwijzing aangeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft. Patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM zorgprotocol van de huisarts.

Verwijsbrief wordt verzonden via Zorgdomein.

Ontslagbrief wordt verzonden via Edifact.

Bijlage 1: Contactpersonen

Kaderhuisartsen Hart- en Vaatziekten in de regio

- De Bilt: Gerard Daggelders, gdaggelders@ghcdebilt.nl
- Huisartsen Utrecht Stad: Monique Prinssen, cvm@huisartsenutrechtstad.nl
- IJsselstein: Mehrzad Nasseri, nasseri@meridiaan.nl
- Leidsche Rijn Julius GZC: Monika Hollander, mhollander@lrjg.nl

Specialisten

Diakonessenhuis Utrecht: via 088-2505555 (huisartsenlijn)

Mevrouw dr. C.E.E. van Ofwegen-Hanekamp, cardioloog

Dr. M.A. van de Ree, internist / vasculair geneeskundige

Dr. R.C.J.M. Donders, neuroloog

Dr. S.K. Nagesser, vaatchirurg

St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein: via 088-3203200 (24-uurs huisartsenlijn)

Drs. R.M. van Tooren, cardioloog

Mevrouw drs. A.H. Pijlman, internist / vasculair geneeskundige

Dr. P.H.E. Hilkens, neuroloog

Dr. J.P.P.M. de Vries, vaatchirurg

UMC Utrecht: via centrale verwijzerslijn 0800-8099

Dr. H.M. Nathoe, cardioloog

Dr. W. Spiering, internist / vasculair geneeskundige

Dr. H.B. van der Worp, neuroloog

Dr. G.J. de Borst, vaatchirurg