

Regionale Transmurale Afspraken (RTA) westelijk West-Brabant; Cardio vasculair risicomanagement CVRM 2020¹

Inleiding

De continuïteit en kwaliteit van zorg is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en financiers. Het is een maatschappelijke opgave die afzonderlijke zorgaanbieders niet vreemd is. Door regiogericht een gezamenlijke visie en ambitie te ontwikkelen kunnen zorgaanbieders beter aan hun deel van de verantwoordelijkheid voldoen. In praktische zin vraagt dat om betere afstemming, meer samenhang en inzet op innovatie. Zorgaanbieders in westelijk West-Brabant doen dat al. In netwerken, projecten, ketens en samenwerkingsverbanden trekken partners gezamenlijk op. Dat gebeurt steeds meer transmuraal en door oorspronkelijke sectoren heen.

Transities in de zorg vergen een nog grotere inspanning op dit gebied. De rol van de gemeenten als financier wordt prominent. En ontschotting van financiering vraagt om regiogerichte innovaties. Zes zorgaanbieders in het westelijk deel van West-Brabant hebben besloten daartoe een sterk samenwerkingsverband op te richten. Dat betreft Groenhuisen, Tante Louise, Thuiszorg West-Brabant, Bravis Ziekenhuis inclusief vereniging medische staf en de Huisartsen coöperatie West-Brabant. Deze partners zijn de initiatiefnemers om, geleidelijk met meer partners, de volksgezondheid en gezondheidszorg in het werkgebied op een hoger niveau te brengen. Die ambitie moet leiden tot gericht beleid, innovatie en samenhangend zorgaanbod, uitgaande van kwalitatief, meetbare betere gezondheidsuitkomsten voor patiënten en patiëntgroepen. In het gezamenlijk proactieve aanbod van de zorg staat de patiënt en zijn dagelijks functioneren centraal.

De initiatiefnemers hanteren daarbij de 'triple-aim-gedachte'. Dat wil zeggen dat alle gezamenlijke inspanningen, innovaties en investeringen moeten bijdragen aan drie hoofddoelstellingen:

1. Gezondheidswinst: behoud dan wel verbetering van de volksgezondheid en kwaliteit van leven.
2. Kwaliteitswinst: behoud dan wel verbetering van kwaliteit en service in de zorg voor mensen; alsmede het realiseren van de juiste zorg op de juiste plaats.
3. Efficiencywinst: het passend krijgen of houden van zorgaanbod bij een groeiende zorgvraag en bij een beperkt groeiend of dalend budget.

Om gezamenlijk tot een regionaal beleid te komen, zijn rond doelgroepen expertteams ontwikkeld op de medische as. Deze teams bestaan uit medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, die met elkaar komen tot innovatieve projecten t.b.v. het komen tot bovenstaande doelstellingen. Een belangrijk onderdeel is het gezamenlijk vaststellen van het beleid rond de dienstverlening aan specifieke doelgroepen, ook wel regionale transmurale afspraken genaamd (RTA's). Deze worden ontwikkeld en geïmplementeerd op basis van signalen en wensen vanuit de samenwerkende huisartsen en specialisten.

Aan deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de landelijke richtlijnen (KNMG-meldcode, LHV, NHG). En gebruikt gemaakt van de LTA Cardiovasculair Risicomanagement. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de implementatie en bijstelling van RTA's ligt bij de expertteams.

¹Cardio vasculair risicomanagement CVRM 2020 is een herziening en vervangt alle voorgaande RTA's CVRM

Doelgroepen RTA

- Huisartsen aangesloten bij de Huisartsen coöperatie West-Brabant
- Medisch specialisten van de Vereniging Medische Staf van het Bravis Ziekenhuis
- Specialisten Ouderengeneeskunde
- Apothekerskringen, ziekenhuisapothekers, openbare apothekers
- Ketenpartners, zoals diëtistes en podotherapeuten
- Zorgverzekeraars CZ en VGZ

Doelstelling RTA

Afstemming in het beleid rondom de diagnostiek en behandeling van cardio vasculair risico management (CVRM) in de eerste en tweede lijn.

Doelen RTA

De doelstelling van het expertteam rond de CVRM patiënt is gezamenlijk organiseren van 'lijnloze' zorg rond patiënten, waarbij het uitgangspunt is dat de patiënt behandeld wordt in de eerste lijn, mede door inzet van consulten van specialisten uit de tweede lijn, ter voorkomen van onnodige doorverwijzingen naar het ziekenhuis.

Behandeling vindt plaats in de eerste lijn, tenzij...

Deze doelstelling leidt tot:

1. Vanuit patiënt perspectief: behandeling in eigen omgeving (meer service), meer eigen regie, minder kosten in termen van tijd en geld (eigen bijdrage) én voorkomen van onnodige opnames in het ziekenhuis.
2. Vanuit het standpunt van de professionals: betere afstemming onderling, nieuwe informatie in beschikbaarheid en bereikbaarheid waardoor kennisvergroting, meer ruimte voor innovatie en ontwikkeling rond de doelgroep.
3. Voor de organisatie van zorg: betere integratie en kwaliteit van zorgverlening over de lijnen van zorg heen tegen lagere kosten

Patiëntenvoorlichting

- Informatie aan de patiënt wordt door alle zorgverleners op elkaar afgestemd.
- Patiënten websites o.a www.hartstichting.nl.nl, www.hartenvaatgroep.nl en www.thuisarts.nl;
- Attendeer op het bestaan van de patiëntenvereniging
- Streef naar het opstellen van een zorg/behandelplan met doelen voor gezondheidsverbetering samen met de patiënt

Implementatie

- Voor de implementatie van een RTA worden de volgende communicatiewegen gebruikt:
- Het uitbrengen van een samenvatting aan alle betrokkenen
- name in het kwaliteitsbeleid
- Publicaties in nieuwsbrieven en op de websites van de samenwerkende regionale organisaties
- Onderdeel van scholingen

Borging

Evaluatie in het expertteam en de kwaliteitscommissie

Hiervoor wordt verwezen naar het kwaliteitsbeleid van de huisartsen coöperatie West-Brabant

Verwijsafspraken bij hernieuwde klachten na doorgemaakt myocardinfarct/ACS

Afspraken met de maatschap cardiologie Bravis

Verwijscriteria van huisarts naar cardioloog

- Bij een recidief acuut coronair syndroom of bij instabiele angina pectoris: directe verwijzing (zie NHG standaard: Acuut Coronair Syndroom)
- Bij progressie van de klachten, zoals moeilijk te behandelen angina pectoris, dyspneu of verminderde inspanningstolerantie
- Na een semi-recent infarct (patiënten die meer dan 24 uur tot 5 dagen na het optreden van de eerste symptomen van een acuut myocardinfarct de huisarts consulteren) ter beoordeling van de linkerventrikelfunctie en om de inspanningstolerantie objectief vast te stellen evenals het bestaan van rest ischemie
- Bij een toevallig op het ECG ontdekt oud infarct, ter beoordeling van de linkerventrikelfunctie
- Bij recidief angineuze klachten na een acuut coronair syndroom, CABG of PCI

Verwijscriteria van cardioloog naar huisarts

De cardioloog zal er naar streven om de patiënt 1 jaar na een myocardinfarct/acuut coronair syndroom voor cardiovasculair risicomanagement terug te verwijzen naar de huisarts.

Verwijzing naar de huisarts hangt af van de volgende zaken:

- Goede functie van de linker ventrikel zonder verhoogde kans op hartfalen
- Ontbreken van rest-ischemie, zonder angina pectoris of zonder rest-afwijkingen bij een inspannings-ECG
- Geen matig tot ernstig kleplijden
- ventriculaire tachycardie/ventrikelfibrilleren (in minder dan 48 uur na een doorgemaakt myocardinfarct)
- Het doorlopen van een hart revalidatieprogramma

Controle schema

- 4-6 weken na ontslag: eerste controle bij de cardioloog
- Na 3 maanden tweede controle bij de cardioloog (lipiden bepaling, definitief afspreken medicatie)
- 12 maanden na ontslag: derde (controle bij de cardioloog (overdracht naar huisarts, medicatie voor 3 maanden mee)
- 12 maanden na ontslag: verdere behandeling en controle voor CVRM door de huisarts. Afsproken wordt bij ontvangst ontslagbericht na 6 mnd jaarlab CVRM afspreken (opdracht aan poh geven). Behandeling conform NHG standaard M84 CVRM

Het voorgestelde controleschema geldt als een kapstok en hoeft niet altijd letterlijk gevolgd te worden. De controlefrequentie en het interval hangt ook af van de aanwezige cardiologische nevendagnoses zoals bijvoorbeeld atriumfibrilleren.

Verwijsafspraken secundaire preventie

Afspraken met de maatschap interne geneeskunde Bravis

Status na PAV/CVA/TIA Coronair lijden op jonge leeftijd

Bij alle mannelijke patiënten ≤ 50 jaar en alle vrouwelijke patiënten ≤ 60 jaar (cfr Europese richtlijn) met status na perifeer vaatlijden, CVA/TIA of coronair lijden verwijzing overwegen naar vaatrisicopoli

Therapie Resistente Hypertensie (TRH)

TRH=therapieresistente hypertensie:

In de spreekkamer RR $> 140/90$ mmHg (< 65 jaar) of RR $> 160/90$ (> 65 jaar) ondanks ≥ 3 antihypertensiva in adequate dosering, waaronder bij voorkeur een diureticum.

- Leeftijd < 65 jaar en TRH* gedurende > 6 maanden
- Leeftijd ≥ 65 jaar en TRH* gedurende > 6 maanden
- Verdenking secundaire hypertensie

Dyslipidemie

- LDL-chol > 2.5 mmol/L gedurende > 1 jaar, ondanks statine en hoog risico op HVZ
- LDL-chol < 2.5 mmol/L maar > 1.8 mmol/L gedurende > 1 jaar ondanks statine en zeer sterk verhoogd risico op HVZ, hiermee wordt bedoeld een recidief HVZ ondanks adequate behandeling en/of zeer premature HVZ in de familie ($\sigma < 45$ jaar; $\text{♀} < 50$ jaar)
- LDL > 5 mmol/L
- TC > 8 mmol/L
- TG > 10 mmol/L (nuchter) of TG > 6.0 (nuchter) bij zeer hoog risico patiënten (dit zijn patiënten met een doorgemaakt cardiovasculair event, DM type II, DM type I met microalbuminurie en patiënten met nierinsufficiëntie)
- HDL < 0.6 mmol/L
- Intolerantie voor statine: overleg met de internist of verwijzing zinvol is naar de vaatrisicopoli

Opmerkingen:

A. Hoewel volgens het NHG standpunt FH, huisartsen in principe diagnostiek naar FH in eigen beheer kunnen houden, is een verwijzing naar de vaatrisicopoli bij een vermoeden op FH nadrukkelijk te adviseren. Dit met name in verband met mogelijke deelname aan studies van deze patiënten en het in kaart brengen van de FH-populatie in Brabant.

B. Hoewel het effect van andere middelen dan statines op harde eindpunten op dit moment nog niet is aangetoond, lopen er momenteel grote studies die dit mogelijk wel gaan aantonen. Ons voorstel is om in ieder geval patiënten met een zeer hoog risico (recidiverende HVZ in de voorgeschiedenis of zeer premature HVZ; [$\sigma < 45$ jaar; $\text{♀} < 50$ jaar] in de familie) toch te verwijzen naar vaatrisicopoli.

Diabetes Mellitus

- Conform LTA Diabetes en NGH standaard M01 Diabetes mellitus.

Acute/chronische nierinsufficiëntie

- Conform LTA Chronische Nierschade
- Verdenking op primaire, familiale of bijzondere nierziekten

Combinatie van risicofactoren

- Hypertensie (RR > 140/90 ondanks huidige medicatie)
- Diabetes mellitus
- Nierinsufficiëntie: MDRD-GFR < 60 ml/min/1,73m² bij leeftijd < 65 jaar
 MDRD-GFR < 45 ml/min/1,73m² bij leeftijd > 65 jaar)

Verwijsafspraken primaire preventie

Afspraken met de maatschap interne geneeskunde Bravis

Huisarts verwijst afhankelijk van de aandoening naar de betreffende specialist

- Hypertensie: Algemeen internist, indien leeftijd < 50jr: vaatrisicopoli
- Diabetes mellitus: Algemeen internist
- Dyslipidemie: Algemeen internist of vaatrisicopoli
- *Nierinsufficiëntie – eGFR < 30 ml/min: in eerste instantie overleggen met de behandelend internist i.p.v. verwijzing naar nefroloog
- *Nierinsufficiëntie – eGFR 30-60 ml/min (vaak combi met HTN/DM): Alle hierboven genoemden, inclusief de Nurse Practitioner Nefrologie / Vasculaire Geneeskunde

Terug verwijzing naar huisarts bij 'stabiel' ingestelde patiënt

In de terugverwijzing staat:

- Recent bepaalde bloeddruk en biometrie
- Recent verricht laboratoriumonderzoek
- Indien van toepassing advies betreffende het gewenste controleschema
- De specialist geeft het advies aan de patiënt om een afspraak te maken bij de huisarts voor overname van de behandeling
- De specialist geeft voor drie maanden receptuur mee
- Bij het voorschrijven van medicatie wordt gekozen voor de beschikbare generieke geneesmiddelen
- Na evaluatie op vaatrisicopoli snelle terugverwijzing; met brief binnen 1 week, met hierin gestarte behandeling en vervolg adviezen

Samenwerken conform bestaande richtlijnen

- NHG richtlijnen therapie resistente hypertensie
- LTA Diabetes
- LTA Chronische Nierschade
- LEEFH
- Arteriële trombo-embolie (niet cardiaal/cerebraal van aard)