

1.1. Terugverwijzing vanuit 2^{de} lijn

Alle patiënten die in het kader van een verhoogd vasculair risico (primaire preventie) in de 2^{de} lijn zijn beoordeeld en behandeld kunnen na behandeling en stabilisatie in principe terugverwezen worden naar de 1^{ste} lijn. Bijvoorbeeld: (therapieresistente) hypertensie, dislipidemie en nierinsufficiëntie (anders dan door primair nefrogene oorzaak).

Patiënten met HVZ worden voor secundaire preventie terugverwezen naar de 1^{ste} lijn, wanneer de specialistische behandeling is afgerond.

1.1.1. Richtlijn NWZ (Noordwest Ziekenhuisgroep) follow up cardiologische patiënt

ACS/ revascularisatie:

NSTEMI:

- follow up 1-2 weken door verpleegkundig specialist NWZ;
- follow up 3 maanden door cardioloog (incl. CVRM controle) en echo indien EF<40%;
- follow up 12 maanden door cardioloog:
 - terugverwijzing naar 1^{ste} lijn voor CVRM mits asymptomatisch, geen tekenen van rest-ischemie en EF >40% (redelijke LVF).

Electieve PCI/ CABG:

- follow up 3 maanden door cardioloog (incl. CVRM controle) en echo indien EF <40%;
- follow up 12 maanden door cardioloog:
 - terugverwijzing naar 1^{ste} lijn voor CVRM mits asymptomatisch, geen tekenen van rest-ischemie en EF >40% (redelijke LVF).

Atriumfibrilleren (met en zonder ablatie):

Terugverwijzing naar 1^{ste} lijn (geen controle cardioloog):

- Asymptomatisch atriumfibrilleren (EHRA 1-2) met rate controle
- Stabiel paroxysmaal atriumfibrilleren (EHRA 1-2) met ritmecontrole
 - Bij gebruik van flecaïnide of sotalol jaarlijkse nierfunctie controle en ECG.¹

Follow-up na ablatie:

- na 3 maanden door ritme cardioloog (voor evaluatie anti-aritmica en antistolling)
- na 6 maanden door algemeen cardioloog
- na 12 maanden door algemeen cardioloog (holter)
 - daarna ontslag naar huisarts voor CVRM en controle AF.

Stabiel hartfalen:

Conform LTA Hartfalen worden patiënten met stabiel hartfalen terugverwezen naar de 1^{ste} lijn:

Zowel systolisch als diastolisch, NYHA 1-2, en/ of terminale fase. Terugverwijzing zodra genoemde factor(en) van toepassing is (zijn):

- Patiënten met hartfalen met verminderde ejectiefractie² die optimaal (zowel medicamenteus als niet medicamenteus) zijn behandeld en stabiel zijn;

¹ Indien de huisarts zelf geen ECG kan maken of deze niet kan beoordelen, kan deze aangevraagd worden via Zorgdomein

² Bij systolisch hartfalen is er sprake van een verminderde ejectiefractie.

- Patiënten die hersteld zijn na behandeling van hartfalen en een normalisatie hebben van de linker ventrikel-ejectiefractie;
- Patiënten met hartfalen en behouden ejectiefractie³ die behandeld en stabiel zijn.

Met daarbij: afgeronde diagnostiek en behandeling, stabiele nierfuncties, geen tekenen van vochtretentie, verzoek van patiënt, functionerend in NYHA klasse I of II, geen pacemaker of ICD.

- Bij terugverwijzing vindt altijd een warme overdracht plaats
- het COP-team (consultteam ondersteunende en palliatieve zorg) kan ingezet worden in deze fase.

Na digitale terugverwijzing vindt binnen 2- 4 weken een consult bij de huisarts plaats. Indien de patiënt akkoord is dan kan de patiënt geïncorporeerd worden in de HVZ Ketenzorg en kan de HA/ POH de standaard CVRM controles inclusief de extra controles bij hartfalen uitvoeren .

Perifeer vaatlijden en AAA:

- na afronding behandeling in de 2^{de} lijn, vaatchirurg stelt controle frequentie vaatchirurgische aandoening vast.

CVA/TIA:

- na bezoek nazorg poli, na 1 maand.
- Informatie over de (na)zorg voor CVA patiënten in onze regio is te vinden via: [CVA netwerk Alkmaar | Cerebro Vasculair Accident](#) en [Ketens details - Kennisnetwerk CVA NL](#)

Statusvoering 2^{de} lijn

In de 2^{de} lijn geldt de afspraak dat in de statusvoering expliciet de reden van chronische begeleiding vermeld dient te worden, zodat bij ontbreken van een reden tot chronische begeleiding de gespecialiseerd verpleegkundige kan helpen de patiënt te coachen richting 1^{ste} lijn.

Communicatie aan patiënt

De behandelend specialist/ gespecialiseerd verpleegkundige communiceert tijdens het afsluitende consult dat de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts/ POH voor het vervolg van de CVRM zorg. Ze adviseren de patiënt om zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de huisartsenpraktijk voor het maken van een eerste afspraak op de praktijk. Deze afspraak kan ingepland worden na 1-6 maanden. Aan patiënten wordt aangegeven dat zij bij klachten contact op moeten nemen met de huisarts. De huisarts neemt indien nodig en afhankelijk van de klachten contact op met het expertteam van HONK, de kaderhuisarts hart- en vaatziekten van HKN, de cardioloog of de SEH.

Hoofdbehandelaarschap

Het hoofdbehandelaarschap verschuift in principe pas na de volledige terugverwijzing van de specialist naar de huisarts. Pas dan kan de patiënt opgenomen worden in het 1^{ste} lijns ketenzorg DBC. Verwijzing voor CVRM zorg bij de huisarts kan dus ook in principe pas plaatsvinden na afsluiten van het behandeltraject in de 2^{de} lijn. De benodigde tussentijdse controles van bijvoorbeeld de bloeddruk of het cholesterol vinden dan ook plaats in de 2^{de} lijn, zolang er geen terugverwijzing is geschreven door

³ Bij diastolisch hartfalen is er sprake van een normalisatie van of behouden ejectiefractie.

de specialist en deze dus nog zelf de hoofdbehandelaar is. Er zijn echter situaties waarin er sprake kan zijn van het Shared-care model. Deze staan in de volgende paragraaf verder beschreven.

1.1.2. Shared care-model

Er kunnen situaties zijn waarin de huisarts de hoofdbehandelaar is voor de CVRM zorg en de patiënt geïnccludeerd kan worden in het 1^{ste} lijns keten-DBC, maar controles voor (orgaan)specifieke diagnoses toch in de 2^{de} lijn kunnen plaatsvinden. Gegevens over medicatie, risicofactoren en welbevinden van de patiënt worden aan de patiënt meegegeven of, indien mogelijk, digitaal met elkaar gecommuniceerd. Het gaat hierbij om de volgende diagnoses:

Kleppen en kleplijden

Klepegebreken op zich zijn géén atherosclerotische aandoeningen. Inclusie in keten-DBC CVRM is mogelijk indien er sprake is van een verhoogd vasculair risico van $\geq 20\%$ met medicamenteuze behandeling daarvoor, of een HVZ. Indien de patiënt niet valt onder de inclusierichtlijn CVRM dan vindt CVRM in de 1^{ste} lijn plaats op consultbasis.

Aortaklep stenose:

- Gering: poli eens in de 3 jaar met echo, of bij stabiele geringe AS geheel terug verwijzing naar 1^{ste} lijn.
- Matig: poli jaarlijks en om de 2 jaar een echo.
- Ernstig: poli om de 6 maanden en minimaal jaarlijks een echo.

Aortaklep insufficiëntie:

- Gering: poli eens in de 2 jaar en om de 5 jaar met echo (bij normale LV dimensies en LV functie) of geheel terugverwijzen 1^{ste} lijn.
- Matig: poli jaarlijks en om de 2 jaar een echo.
- Ernstig: poli om de 6 maanden en minimaal jaarlijks een echo.

Mitralisklep stenose:

- Gering: poli om de 2 jaar en om de 5 jaar een echo.
- Matig: poli jaarlijks en om de 2 jaar een echo.
- Ernstig: poli om de 6 maanden en minimaals jaarlijks een echo.

Mitralisklep insufficiëntie:

- Gering: poli en echo om de 5 jaar of direct geheel terugverwijzing naar de 1^{ste} lijn.
- Matig: poli jaarlijks en om de 2 jaar een echo.
- Ernstig: poli om de 6 maanden en minimaal jaarlijks en echo.

Nieuwe kleppen:

Nieuwe follow up of 3 maanden na implantatie hartklep:

- Controle met echo. Elke klep (type, maat, maar ook individueel) heeft een eigen normale echografische gradiënt).

Mechanische kunstklep (AVR en/ of MVR):

- Mechanische prothese:
 - Follow up jaarlijks bij cardioloog.
 - Echo indien klachten en/ of afwijkend lichamelijk onderzoek.

- Bioprothese:
 - Follow up om de 2 á 3 jaar met echo.
 - Echo indien klachten en/ of afwijkend lichamelijk onderzoek.

NB: Follow up eerder herhalen bij echocardiografische verandering (o.a. sclerose, gradiënt en insufficiëntie) of relevante klinische veranderingen.

1.1.3. Chronische behandelindicatie

Er is vaak sprake van een chronische behandelindicatie in de 2^{de} lijn indien de hier eerder beschreven verwijsafspraken aangeven dat er een directe verwijsindicatie naar de 2^{de} lijn is (o.a. conform LTA chronische nierschade). Indien de verwijs- / consultatie afspraken aangeven: consultatie Expertteam, volstaat in de meeste gevallen een kort traject of eventueel zelfs een eenmalig internistisch consult in de 1^{ste} lijn.

In de 2^{de} lijn geldt de afspraak dat in de statusvoering expliciet de reden van chronische begeleiding vermeld dient te worden, zodat bij ontbreken van een reden tot chronische begeleiding de gespecialiseerd verpleegkundige kan helpen de patiënt te coachen richting 1^{ste} lijn.