

Regionale Transmurale Afspraak

MCC Haarlem en Meer

—

Deel 1: Algemene informatie

Titel RTA

CVRM Dyslipidemie

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	NHGstandpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie
8	http://www.leefh.nl/
9	https://www.znformulieren.nl/

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
A v Paassen	Internist 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 CVRM dyslipidemie 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

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 kwetsbare ouderen: zie addendum.

Aanbevelingen voor behandeling in de eerste lijn

- Identificatie van patiënten en behandeling voor CVRM vindt plaats volgens de Zorgprogramma's CVRM (zie brondocumenten).
- Een hoog risicopatiënt is een patiënt met een 10-jaarsrisico >5% en minder dan <10% op fatale HVZ.
- Een zeer hoog risicopatiënt is een patiënt mét HVZ in de voorgeschiedenis, met een ernstig verhoogde enkele risicofactor (totaal cholesterol (TC) >8 mmol/l of systolische bloeddruk $\geq$ 180 mmHg) óf een berekende SCORE van $\geq$ 10%.
 - HVZ:
 - Acuut coronair syndroom: myocard infarct en instabiele angina pectoris
 - Coronaire revascularisatie: PCI, CABG, andere arteriële revascularisatie procedures
 - CVA, TIA
 - Perifeer arterieel vaatlijden
 - AAA
 - Symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose*
- Streefwaarde voor LDL cholesterol:
 - Streef bij patiënten $\leq$ 70 jaar en HVZ naar een LDL <1,8 mmol/l.
 - Voor alle overige patiënten is de streefwaarde voor LDL <2,6 mmol/l.

Indicatie voor verwijzing of consultatie naar de tweede lijn

- Bij verdenking familiale hypercholesterolemie volgens [Leefh criteria](#).
- Bij een zeer laag HDL-cholesterol (<0.5 mmol/L).

- Bij een discrepant slecht lipiden profiel in afwezigheid van HVZ (toevalsbevinding of lab geprikt op verzoek patiënt, triglyceriden concentratie > 9 en of LDL > 6 mmol/l).
- Bij aanwezigheid van HVZ én een triglyceriden concentratie van >10 mmol/L ondanks leefstijlaanpassingen en eventuele medicatie.
- Bij premature HVZ: leeftijd <45 jr (inclusief retinale veneuze occlusie, young stroke e.d.)
- Bij het niet halen van de streefwaarden bij zeer hoog risico patiënten met HVZ, en ondanks het volgen van het stappenplan in het zorgprogramma controleert de huisarts of de patiënt in aanmerking komt voor behandeling met en vergoeding van een PCSK9 remmer. [Zie bijlage 2.](#)
 - Aangezien de huisarts de patiënt kent, kunnen alle niet in een richtlijn passende overwegingen worden meegenomen om samen met de patiënt gemotiveerd af te wijken van de streefwaarde <1,8 mmol/l. De huisarts kan samen met de patiënt bepalen of deze in aanmerking wil komen voor verwijzing naar de tweede lijn voor behandeling met een PCSK9 remmer.
 - Indien er wordt gekozen voor een behandeling met een PCSK 9 remmer start de huisarts met Ezetimibe 1 dd 10 mg. Dit is een voorwaarde voor vergoeding van een PCSK9 remmer. Indien hiermee de LDL streefwaarde nog niet wordt gehaald komt de patiënt voor een PCSK-9 remmer in aanmerking en mag hij worden verwezen.

NB Patiënten zonder HVZ kunnen vanuit de tweede lijn niet direct verwezen worden naar de vasculaire poli. Dit dient via de huisarts te verlopen.

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 verwijsbrief:

- Expliciete vraagstelling aan internist
- Voorgeschiedenis
- Beloop dyslipidemie
- Ingezette medicamenteuze en niet-medicamenteuze maatregelen en hun resultaat.
- Reden van staken eerdere relevante medicatie.
- Huidige medicatie.
- Bereikbaarheid voor overleg (mail, intercollegiaal nummer, mobiel, communicatie App).

Uitgangspunten voor behandeling in de tweede lijn

- Het medicamenteuze beleid start in principe met generieke medicatie in diverse combinaties. Pas bij falen / bijwerkingen wordt gekozen voor duurdere middelen.
- Leefstijlinterventies kunnen (nogmaals) worden aangeboden.
- Indien geïndiceerd vindt aanvullende diagnostiek plaats naar oorzaken van dyslipidemie.
- Bij therapieresistentie dyslipidemie in geval van primaire preventie zijn er in de tweede lijn geen andere behandelopties dan in de eerste lijn.

Indicatie voor verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

Terugverwijzing naar de eerste lijn dient altijd plaats te vinden indien:

- de streefwaarde bereikt is (of geen beter resultaat bereikt kan worden);
- de oorzaak van een eventuele secundaire hyperlipidemie is behandeld;
- een stabiele situatie is bereikt;
- Verwijs (kwetsbare) ouderen zo spoedig mogelijk terug naar de huisarts of SO. Zie verdere details in addendum kwetsbare ouderen.
- Erfelijke dyslipidemie (behoudens multicausale hypercholesterolemie) hoort in principe in de 2e lijn onder controle te blijven.
- Behandeling met PCSK9-remmers is voorbehouden aan de 2^e lijn.

Uitgangspunten voor verwijzing van de tweede naar de eerste lijn

Er is sprake van gedeelde verantwoordelijkheid:

De patiënt

- Maakt zelf een afspraak bij de huisarts.

De internist

- 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.
- wijst de patiënt op het belang van CVRM door de huisarts
- verzoekt de patiënt een afspraak bij de huisarts te maken voor 3 maanden na ontslag.

De huisarts

- controleert of er een afspraak is gemaakt.
- is verantwoordelijk voor het aanbieden van een (gestructureerd) CVRM programma
- gebruikt het zorgprogramma CVRM van de huisartsenvereniging als richtlijn voor de behandeling.

Informatieoverdracht bij verwijzing van de tweede naar de eerste lijn.

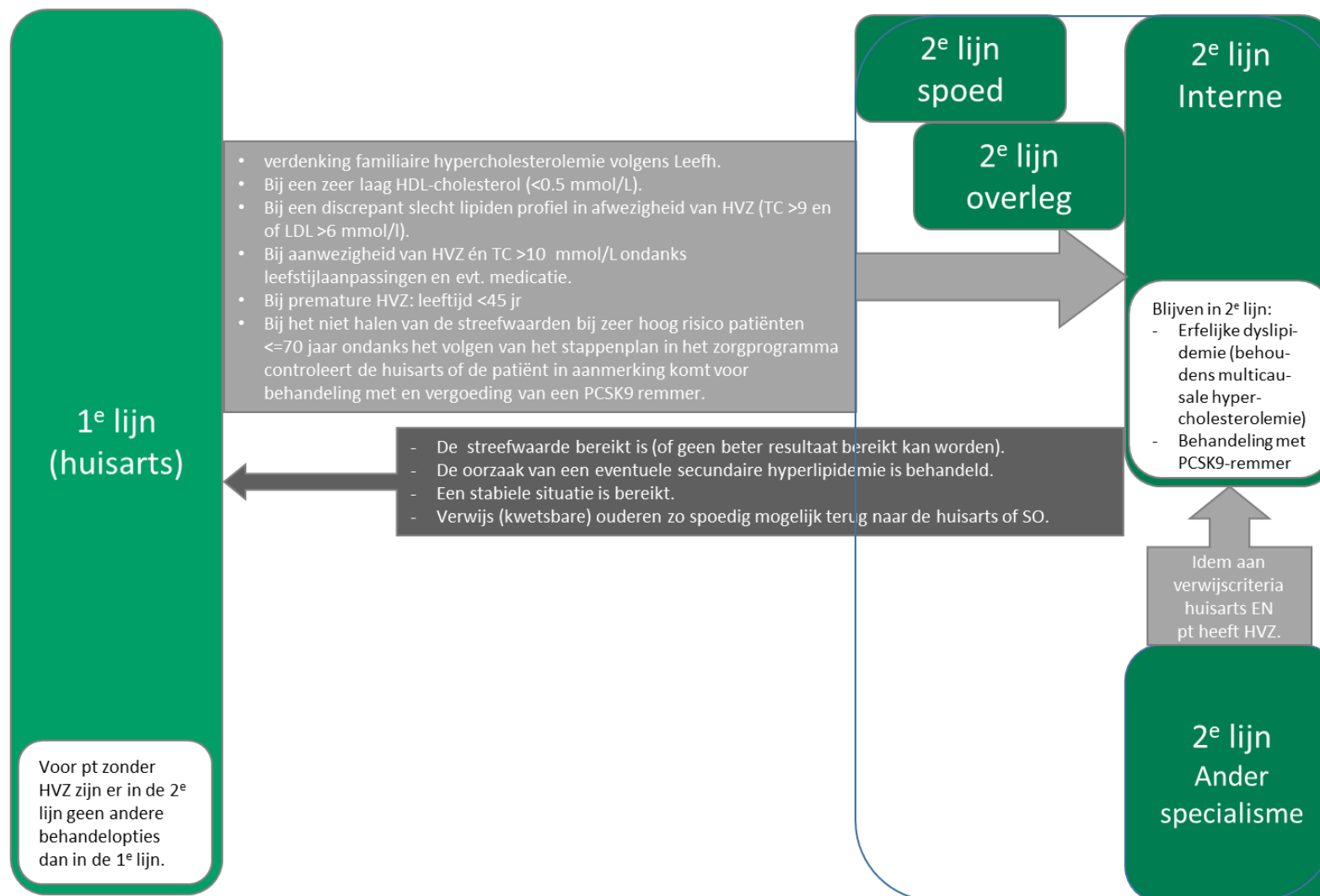
Na ontslag van de poli volgt maximaal 1 week na het laatste polibezoek een ontslagbrief. In de brief staat vermeld:

- alle diagnostische en therapeutische bevindingen inclusief of er sprake is van een zeer hoog risicopatiënt;
- redenen om bepaalde medicamenten te stoppen;
- Redenen om bepaalde medicatie te starten;
- Redenen om af te wijken van het zorgprogramma en wat er van de huisarts wordt verwacht t.a.v. controles, duur van medicatie en laboratorium onderzoek;
- Het verzoek aan de huisarts om de behandeling van de CVRM over te nemen;
- Naam en bereikbaarheid behandelend specialist.

Uitgangspunten bij follow up in de eerste lijn

- De specialist wijst de patiënt op het belang van regelmatige controles door de huisarts en vraagt de patiënt om binnen 3 maanden een afspraak te maken bij de huisarts. Het initiatief voor het maken van de afspraak ligt bij de patiënt. De huisarts ziet er op toe dat dit ook gebeurt.
- Tenzij er in de ontslagbrief anders wordt aangegeven door de specialist wordt voor de follow-up het zorgprogramma van de zorggroep gevolgd.

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
- Bij spoedverwijzing belt de huisarts met de dienstdoende internist (voor nummer zie Haarlem en Meer contact App of via centrale).

Procedure bij verwijzing van de tweede naar eerste lijn.

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

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 Voorwaarden vergoeding PCSK9-remmer

Zie: [voorwaarden op artsenverklaring ZN](#)

1. Patiënten met hypercholesterolemie die bij behandeling met maximaal verdraagbare statine en in combinatie met ezetimibe niet de behandeldoelstelling bereikt in overeenstemming met de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard

EN

2. Patiënten die een voldoende hoog risico hebben bestaande uit:
 - a. homozygote familiale hypercholesterolemie die niet LDL-receptor negatief isOF
 - b. heterozygote familiale hypercholesterolemie patiëntOF
 - c. patiënt met een doorgemaakt cardiovasculair event én een recidief cardiovasculair eventOF
 - d. patiënt met diabetes mellitus type 2 én een doorgemaakt cardiovasculair eventOF
 - e. patiënt met een doorgemaakt cardiovasculair event én echte statine intolerantie die is vastgesteld en gedocumenteerd

EN

3. in combinatie met zowel statine als ezetimibe (bij 2a t/m 2d)
- OF
4. In combinatie met enkel ezetimibe: er is sprake is van gedocumenteerde statine-intolerantie: statine geassocieerde spierpijn voor tenminste drie verschillende statines gedocumenteerd en voorgeschreven volgens het stroomschema in het zorgprogramma. (bij 2e)

[Terug naar RTA](#)