



# Samenwerkingsafspraken cardiologie ZGT/MST en regionale huisartsen

**Datum** 12 januari 2021

**Revisiedatum** 12 januari 2022

---

Patiënten met cardiale aandoeningen worden vaak behandeld en begeleid in samenwerking tussen cardiologen en huisartsen.

Deze leidraad beschrijft de regionale afspraken betreffende:

- medicatiewijziging en voorschrijven;
- indicaties voor blijvende controle door cardioloog;
- gedeelde zorg;
- richtlijn controleduur (door cardioloog) en terugverwijscriteria;
- verwijscriteria.

## 1. Medicatiewijzigingen en voorschrijven

- De behandelaar is verantwoordelijk voor het voorschrijven van eigen herhaalmedicatie.
- Wijzigingen in medicatie door de cardioloog worden vermeld in de correspondentie naar de huisarts.
- De huisarts is verantwoordelijk voor het actueel houden van het medicatieoverzicht in het HIS.
- De cardioloog vraagt de patiënt een actueel medicatie overzicht mee te brengen.

## 2. Blijvende controle door de cardioloog

Patiënten met de volgende aandoeningen/ingrepen/medicatie blijven onder controle van de cardioloog:

- na implantatie van een IED (internal electric device) zoals ICD/pacemaker;
- matige of ernstige klep afwijkingen en na klepvervanging;
- Patiënten met hartfalen die niet stabiel (zie \*hartfalen) zijn
- potentieel levensbedreigende ventriculaire ritmestoornissen;
- sommige gendragers (kanaal dysfuncties, bindweefselaandoeningen, cardiomyopathieën etc.);
- na harttransplantatie;
- vrijwel alle congenitale aandoeningen (gecorrigeerd of ongecorrigeerd);
- anti aritmica gebruik (flecainide, sotalol, kinidine, amiodarone, disopyramide, procainamide, propafenon) met uitzondering van pill in the pocket.

Daarnaast kunnen patiënten die participeren in een onderzoek of een beperkte cardio-psychische draagkracht hebben langer dan benoemd onder punt 4 onder controle van de tweede lijn blijven.

In overleg met patiënt en huisarts kan controle en/of behandeling worden gestaakt als dit voor de patiënt niet meer zinvol is.



### 3. Gedeelde zorg

Na klep- en aortachirurgie, pacemaker en ICD implantatie kan sprake zijn van gedeelde zorg. De huisarts kan de CVRM, AF en HF zorg leveren terwijl de cardioloog zorgdraagt voor de pacemaker/ICD, klep en aortachirurgie controles. De cardioloog vermeldt in de correspondentie welke zorg overgedragen wordt naar de eerste lijn.

### 4. Richtlijn controleduur (door cardioloog) en terugverwijscriteria

Alle patiënten die niet worden genoemd in paragraaf 2 worden zo spoedig mogelijk na het diagnostisch en/of behandelingstraject terugverwezen naar de huisarts. In de brief waarin de cardioloog de patiënt terugverwijst naar de eerste lijn worden tevens de voor de patiënt geadviseerde streefwaarden tensie en LDL benoemd als deze afwijken van de NHG standaard.

#### ***Na acuut coronair syndroom met ongecompliceerd verloop***

Controleduur: één jaar. Gedurende deze periode zal de secundaire preventie worden geoptimaliseerd volgens de geldende richtlijnen van de NVVC/ESC en zal hartrevalidatie plaatsvinden.

#### ***Na interventie PCI/CABG met ongecompliceerd beloop***

Controleduur: één jaar. Gedurende deze periode zal de secundaire preventie worden geoptimaliseerd volgens de geldende richtlijnen van de NVVC/ESC en zal hartrevalidatie plaatsvinden.

#### ***Hartfalen***

Na het stellen van de diagnose en het zo mogelijk behandelen van onderliggend lijden worden de volgende patiënten, terugverwezen naar de huisarts voor monitoring en controle:

- Patiënten met hartfalen die optimaal behandeld zijn en \*stabiel zijn
- Patiënten in de palliatieve fase van hartfalen
- Patiënten die niet (meer) in tweede lijn behandeld willen worden ("shared care" tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn mogelijk).

#### ***\*Stabiel hartfalen:***

- Stabiele NYHA-klasse
- De laatste 6 maanden geen noodzaak tot belangrijke aanpassingen in de medicatie
- Het laatste jaar geen hartfalen gerelateerde ziekenhuisopnames
- Geen cardiale comorbiditeit die controle of behandeling door een cardioloog vereist

#### ***Atriumfibrilleren***

Patiënten met anti-aritmica (met uitzondering van patiënten met een pill in the pocket) en/of andere pathologie genoemd onder punt 2 blijven onder controle van de cardioloog.

Patiënten met een goed ingestelde frequentie, waar geen interventie wenselijk is, worden, na analyse, zo snel mogelijk terugverwezen naar de eerste lijn.

Dit betreft in het algemeen ongecompliceerde patiënten:



- met eenmalig AF;
- met paroxismaal AF met acceptabele aanvalsfrequentie;
- met permanent AF.

**Na succesvolle ablatie (Bij AF of Re Entry)**

Controleduur: één jaar. Daarna terug verwijzing naar de huisarts.

**Na overige Supraventriculaire tachycardie**

Controleduur: één jaar. Daarna terug verwijzing naar de huisarts tenzij de patiënt dagelijks anti aritmica gebruikt zoals beschreven in punt 2.

**5. Verwijscriteria**

Voor de verwijscriteria naar de tweede lijn worden de richtlijnen van de NHG als uitgangspunt genomen. Alleen afwijkingen van de NHG richtlijnen worden opgenomen in dit document.

**Verwijzen bij atriumfibrilleren**

De huisarts verwijst patiënten met atriumfibrilleren conform de NHG richtlijn. Uitzondering hierop is dat niet de leeftijdsgrens van 65 jaar maar de vitaliteit van de patiënt leidend is. Elke vitale patiënt met AF wordt verwezen voor onderzoek naar onderliggend lijden en eventuele behandeling hiervan.

**Verwijzen bij hartfalen**

De aanbeveling is om alle patiënten waarbij het vermoeden op hartfalen bestaat bij aanvang te verwijzen voor diagnostiek én bevestiging van de diagnose. Een uitzondering hierop kan gemaakt worden in samenspraak tussen huisarts (eventueel na intercollegiaal overleg / Eenmalig Consult Medisch Specialist (ECMS) met cardioloog) en patiënt in die situaties waarbij aanvullende diagnostiek en behandeling geen toegevoegde waarde heeft voor de patiënt.