

Inhoud

	Pagina
1. Inleiding	2
2. Kernboodschappen	2
3. Begrippen	2
4. Regionale Transmurale Afspraken POB- regio Haaglanden	3
5. Diagnostiek in 1e lijn	3
6. Verwijzen	4
7. Evaluatie	5
8. Behandeling in 2e lijn POB obv coronairlijden	7
9. Behandeling in 1e lijn POB obv coronairlijden	7
10. Behandeling in 1e lijn POB zonder coronairlijden	7
Bijlage 1 – Afkortingen	8
Bijlage 2 – Deelnemers	8
Bijlage 3 - Bereikbaarheid tweede lijn	8

INLEIDING

Pijn op de borst (POB) is een veelvoorkomende klacht en kan verschillende oorzaken hebben.

Bij patiënten die naar de cardioloog zijn verwezen, wordt in 80% geen cardiale oorzaak van hun klacht gevonden. (Bron: [Landelijke leidraad Zorgproces Pijn op de Borst](#)).

De samenwerking tussen huisarts en cardioloog is aan de hand van afspraken in deze RTA zodanig georganiseerd dat de huisarts en/of cardioloog de patiënt behandelt(en):

- **door actief symptomen van POB zoveel als mogelijk te bestrijden om de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren.**
- **door adequaat op te treden bij (acute) verslechtering waarbij de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.**
- **door optimale zorg te realiseren, om zo afname van morbiditeit (met de daarbij behorende zieken huisopnames) en mortaliteit te realiseren.**

Kernboodschappen

Verwijzen van huisarts naar cardioloog

Het stroomschema voor verwijzing naar de cardioloog is aangepast voor zowel HMC als HAGA zie pagina 5.

- **Patiënten met klachten passend bij typische en atypische angina pectoris:**
 - Verwijzing naar de cardioloog middels Zorgdomein
- **Patiënten met specifieke thoracale pijnklachten:**
 - Deze patiënten verwijst de huisarts in principe niet naar de cardioloog
 - Indien om moverende reden toch een beoordeling van een cardioloog is gewenst, wordt verwezen volgens het stroomschema op pagina 5.

Terug verwijzing van cardioloog naar huisarts (zie pagina 7).

Patiënten met stabiel coronair lijden en redelijke linkerkamer functie zonder belangrijke cardiale co-morbiditeit verwijst de cardioloog terug naar de huisarts. De huisarts behandelt de patiënt conform CVRM richtlijn.

CVRM zorg

Patiënten blijven voor de Ketenzorg CVRM bij de huisarts; ook de patiënten die voor andere cardiologische aandoeningen bij de cardioloog in behandeling zijn.

Begrippen

Angina pectoris

De term angina pectoris (AP) wordt in de praktijk op twee niveaus gebruikt:

- **als 'syndroomdiagnose' in de initiële fase (veelal door de huisarts)**
- **als 'ziektediagnose' (na analyse door de cardioloog) bij pijn op de borst a.g.v. ischemie door aangetoond obstructief coronairlijden, spasme van coronair-arteriën en/of microvasculair coronairlijden.**

Stabiele angina pectoris

Bij stabiele angina pectoris (SAP) treedt het klachtenpatroon bij herhaling op, bij ongeveer dezelfde mate van inspanning of dezelfde uitlokkende factor; er bestaat geen of een geringe neiging tot progressie van de klachten (er kan jarenlang sprake zijn van een onveranderd beloop).

Bij SAP wordt onderscheid gemaakt tussen typische en atypische AP.

- **Typische AP: aanwezigheid van de volgende drie kenmerken:**
 - retrosternale klachten (beklemmend, drukkend, snoerend gevoel op de borst)
 - provocatie van klachten door inspanning, emoties of kou
 - verdwijnen van klachten in rust en/of door sublinguale nitraten binnen 2-15 minuten
- **Atypische AP: aanwezigheid van twee van de drie bovenstaande kenmerken**
- **Aspecifieke thoracale klachten: aanwezigheid van één of geen van de bovenstaande kenmerken.**

Acuut coronair syndroom

Er is mogelijk sprake van een Acuut coronair syndroom (ACS) indien de patiënt retrosternale klachten heeft, die in rust optreden, de klachten langer dan 15 minuten aanhouden en niet verdwijnen in rust. Begeleidende vegetatieve verschijnselen, zoals zweten, misselijkheid of een bleek gelaat, maken een ACS waarschijnlijker. Tevens kan er sprake zijn van een benauwd gevoel, angst en/of onrust. Onder ACS vallen zowel het acute myocardinfarct (AMI) als instabiele AP (IAP) met klachten in rust. Zie voor een toelichting op deze begrippen ook de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom.

Regionale Transmurale Afspraken POB– regio Haaglanden

De Regionaal Transmurale Afspraak (RTA)-POB beschrijft het zorgproces van de patiënt met pijn op de borst en is gebaseerd op de [NHG standaard Stabiele Angina Pectoris \(SAP\)](#), de [Landelijke Transmurale Afspraak \(LTA\) - SAP](#) opgesteld door NVVC, het NHG en Harteraad.

Deze RTA-POB is opgesteld door cardiologen, huisartsen, verpleegkundig specialist CVRM uit de regio Haaglanden en een vertegenwoordiger van Harteraad.

De RTA beschrijft de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners, de diagnostiek, de verwijzing naar de tweede lijn en de terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn, hoofdbehandelaarschap, behandeling en controles, voorlichting en informatievoorziening en dossiervoering.

Diagnostiek in 1e lijn

Anamnese

Zie [NHG standaard Angina Pectoris-Diagnostiek](#)

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

- **Gewicht en lengte**
- **Pols en bloeddruk**
- **Auscultatie hart (frequentie, ritme, souffles) en longen**

Aanvullend onderzoek:

- **Lab: HB, glucose, lipidenprofiel, eGFR, natrium, kalium en ACR in urine. Op indicatie TSH**
- **ECG: Voor het stellen dan wel uitsluiten van 'syndroomdiagnose AP' is het niet zinvol een rust-ECG te maken.**
- **In geval van een verwijzing middels een tele- of meekijkconsult, vanwege aspecifieke thoracale klachten, maakt de huisarts indien mogelijk wel een ECG.**

Dit ECG is nodig ter uitsluiting van cardiale afwijkingen alvorens een CT calciumscore of CT coronairen te kunnen laten maken. Zo nodig kan het ECG ook in het ziekenhuis worden gemaakt.

Beleid in afwachting van het behandeladvies of consult bij de cardioloog

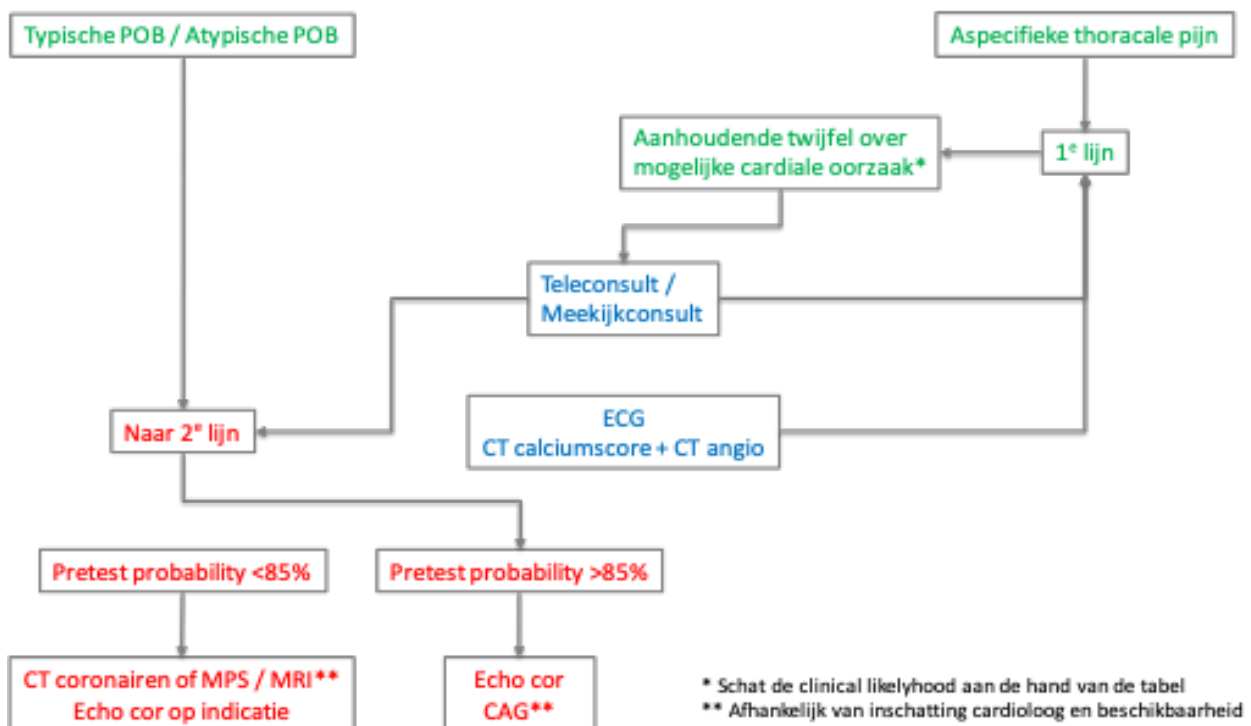
Bij een sterk vermoeden van AP (zoals bij typische AP) start de huisarts in de wachttijd van de cardioloog, met een initiële medicamenteuze behandeling, die in ieder geval bestaat uit een aanvalsbehandeling (kortwerkend nitraat) en preventieve medicatie (een trombocyten aggregatieremmer en een statine). Zie NHG standaard Angina Pectoris-Medicatie

De huisarts instrueert de patiënt om bij progressie van de klachten in frequentie en/of duur, in de wachttijd van de cardioloog, snel contact op te nemen met de huisarts.

De huisarts instrueert de patiënt om bij alarmsymptomen passend bij een ACS 112 te bellen en hulp van iemand in de eigen omgeving in te schakelen.

Verwijzen

Toelichting stroomschema verwijzing al dan niet naar 2e lijn:



• Patiënten met klachten passend bij typische en atypische angina pectoris:

- Verwijzing naar de cardioloog middels Zorgdomein

• Patiënten met specifieke thoracale pijnklachten:

- Deze patiënten blijven in principe onder behandeling van de huisarts

- In geval van Aspecifieke thoracale pijnklachten kan de huisarts op basis van de risicofactoren voor HVZ de Clinical Likelihood berekenen (zie onderstaande tabel).

- Bij aanhoudende verdenking op angina pectoris consulteert de huisarts de cardioloog middels een tele- of meekijkconsult.

Risk Factor-Weighted Clinical Likelihood																		
Number of Risk Factors	Nonanginal Pain						Atypical Angina or Dyspnea						Typical Angina					
	Women			Men			Women			Men			Women			Men		
	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5	0-1	2-3	4-5
Age: 30-39	0	1	2	1	2	5	0	1	3	2	4	8	2	5	10	9	14	22
Age: 40-49	1	1	3	2	4	8	1	2	5	3	6	12	4	7	12	14	20	27
Age: 50-59	1	2	5	4	7	12	2	3	7	6	11	17	6	10	15	21	27	33
Age: 60-69	2	4	7	8	12	17	3	6	11	12	17	25	10	14	19	32	35	39
Age: 70-80	4	7	11	15	19	24	6	10	16	22	27	34	16	19	23	44	44	45

Risk factors: Family history, smoking, dyslipidemia, hypertension, diabetes

Inhoud verwijsbrief via Zorgdomein voor beoordeling cardioloog

De huisarts verwijst via Zorgdomein naar de cardioloog en vermeldt minimaal de volgende gegevens in de verwijsbrief:

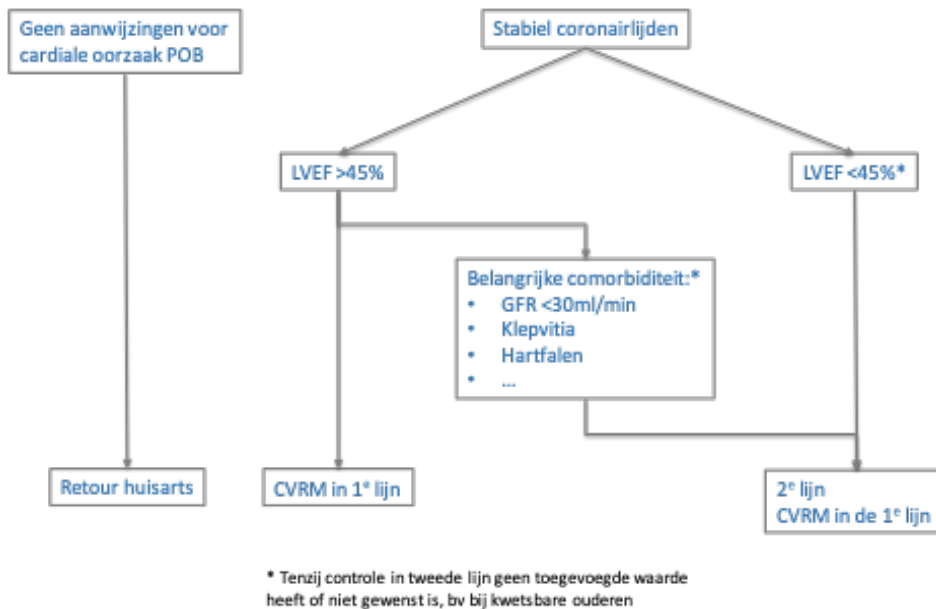
- Klachtenpatroon
- Lichamelijk onderzoek
- Medische voorgeschiedenis
- Risicofactoren HVZ
- Lab: HB, glucose, lipidenprofiel, eGFR, natrium, kalium en ACR in urine. Op indicatie TSH.
- Zo mogelijk een rust-ECG

→ De cardioloog neemt bij onvolledige of onduidelijke verwijzing contact op met de huisarts.

Evaluatie

De cardioloog trekt een duidelijke conclusie; wel of geen cardiale klachten en stelt diagnose.

Terugverwijzen van cardioloog naar huisarts (Bron LTA SAP)



De cardioloog verwijst na diagnostiek de volgende patiënten terug voor (vervolg)behandeling en controles door de huisarts:

- patiënten bij wie geen SAP of andere klinisch relevante cardiale afwijkingen zijn vastgesteld
- patiënten met SAP zonder klinisch relevante cardiale comorbiditeit (bijvoorbeeld chronisch hartfalen, klinisch relevant klepgebrek)

De cardioloog vermeldt de volgende patiëntgegevens in de ontslagbrief aan de huisarts:

- de resultaten van de bevindingen en aanvullend onderzoek
- de ontslagdiagnose
- eventueel aanwezig (bijkomend) hartlijden
- overige diagnoses en cardiovasculair risicoprofiel
- de verrichte behandeling/interventies en het verwachte beloop
- zo concreet mogelijk behandeladvies en gewenst vervolgbeleid (beleid LDL-cholesterol, bloeddruk)

De cardioloog informeert de patiënt over de terugverwijzing naar de huisarts. Hij adviseert de patiënt om een afspraak te maken bij de huisarts met een termijn wanneer dit moet gebeuren. De patiënt maakt zelf een afspraak bij de huisarts. De huisartsenpraktijk kan de patiënt ook zelf oproepen voor deelname aan het ketenzorgprogramma CVRM-HVZ. Het al dan niet opnemen van de patiënt in het ketenzorgprogramma CVRM HVZ/VVR blijft een taak van de huisarts.

Behandeling in 2e lijn POB obv coronairlijden

De mogelijkheden voor behandeling in de 2e lijn: zie [Landelijke Transmurale Afspraak \(LTA\) - SAP](#)

Behandeling in 1e lijn POB obv coronairlijden

De mogelijkheden voor behandeling in de 1e lijn: zie NHG standaard - SAP

- **Overweeg inclusie in ketenzorg CVRM**

Behandeling in 1e lijn POB zonder coronairlijden

De mogelijkheden voor behandeling in de 1e lijn: zie Leidraad [Pijn op de Borst zonder obstructief coronairlijden](#) van het NVVC.

Bijlage 1 – Afkortingen

ACS Acuut Coronair Syndroom
AMI Acuut Myocard Infarct
AP Angina Pectoris
CVRM Cardio Vasculair Risico Management
LTA Landelijke Transmurale Afspraak
NHG Nederlands Huisarts Genootschap
NVVC Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
POB Pijn Op de Borst
RTA Regionale Transmurale Afspraak
SAP Stabiele Angina Pectoris

Bijlage 2 – Deelnemers

Samenstelling werkgroep (in alfabetische volgorde):

4. Dhr. G. Bleeker, cardioloog Hagaziekenhuis
5. Dhr. E. van Duin, kaderhuisarts Hart- en vaatziekten, Hadoks
6. Mw. G. van Gelderen, kaderhuisarts beleid en beheer, Arts en Zorg
7. Dhr. B. van der Hoeven, cardioloog HMC
8. Mw. N. van Hooijdonk, projectleider, HADOKS
9. Mw. Y. Klaver, huisarts, SHG
10. Mw. M. Van der Salm, verpleegkundig specialist Hadoks en Hagaziekenhuis
11. Mw. B. Veen-Reedijk, kaderhuisarts Hart- en vaatziekten, Hadoks

Bijlage 3 - Bereikbaarheid tweede lijn

Maandag t/m vrijdag van 8.00 – 17.00 uur

- **Polikliniek cardiologie: Haaglanden Medisch centrum**
Locatie Antoniushove/Westeinde/Bronovo: : 088-979 4375
- **Polikliniek cardiologie: HagaZiekenhuis**
Locatie Leyweg/Sportlaan: 070- 210 2305

In de avond, weekend en feestdagen:

- **Huisartsenpost SMASH tel: 070 346 96 69**
Houdt bij de hand: Burgerservicenummer, verzekeringsgegevens, actueel medicijnoverzicht

Bel 112 bij acute pijn op de borst