

# Implementatietool

## Leidraad zorgproces pijn op de borst

16 december 2022



# Inhoud

	Pagina
<b>Gebruikte afkortingen</b>	3
<b>Samenstelling</b>	4
<b>Samenvatting</b>	5
<b>1. Vooraf</b>	7
<b>2. Doelstelling</b>	8
<b>3. Leidraad Zorgproces POB</b>	9
<b>4. Implementatietool per sleutelinterventie</b>	10
4.1 De patiënt heeft klachten, wat kan hij zelf?	10
4.2 Juiste verwijzing na triage	11
4.3 Toepassen NHG-standaard Stabiele AP door de huisarts	13
4.4 Directe terugverwijzing door cardioloog als ziekenhuiszorg niet nodig is	15
4.5 Terugverwijzing stabiele patiënten door cardioloog naar huisarts	17
<b>5. Implementatie governance</b>	19
<b>6. Financiën</b>	21
<b>7. Kwaliteit van leven</b>	22
<b>8. Patiëntversie</b>	23
<b>9. Conclusies en aanbevelingen</b>	24
<b>10. Ondersteuning NVVC Connect</b>	25
<b>BIJLAGE 1: Onderzoeksrapportage</b>	26
<b>BIJLAGE 2: Beslisboom (drie vragen) in het HIS</b>	27
<b>BIJLAGE 3: Template RTA-POB</b>	28
<b>BIJLAGE 4: Voorbeeld RTA-POB regio Den Haag</b>	32

# GEBRUIKTE AFKORTINGEN

<b>POB</b>	Pijn op de Borst
<b>NVVC</b>	Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie
<b>NHG</b>	Nederlands Huisartsen Genootschap
<b>HartVaatHAG</b>	Hart- en Vaatziekten Huisartsen Advies Groep
<b>LUMC</b>	Leids Universitair Medisch Centrum
<b>LTA</b>	Landelijke Transmurale Afspraak
<b>RTA</b>	Regionale Transmurale Afspraak
<b>AP</b>	Angina Pectoris
<b>SAP</b>	Stabiele Angina Pectoris
<b>JZOJP</b>	Juiste Zorg Op de Juiste Plek
<b>HAP</b>	Huisartsenpost
<b>SEH</b>	Spoed Eisende Hulp
<b>EHH</b>	Eerste Hart Hulp
<b>ACS</b>	Acuut Coronair Syndroom
<b>CVRM</b>	Cardio Vasculair Risico Management
<b>ZHN</b>	Zuid Holland Noord
<b>HIS</b>	Huisartsen Informatie Systeem
<b>EPD</b>	Elektronisch Patiënten Dossier
<b>ECG</b>	Elektrocardiogram (hartfilmpje)
<b>PCI</b>	Percutane Coronaire Interventie (dotteren)
<b>CABG</b>	Coronary Artery Bypass Grafting (omleidingsoperatie vernauwing kransslagader)
<b>AF</b>	Atriumfibrilleren
<b>HF</b>	Hartfalen
<b>PDCA</b>	Plan Do Check Act

# SAMENSTELLING

Dit document is samengesteld door het begeleidingsteam van de proefimplementatie:

- **Dr. P. v. Dijkman, cardioloog, gemandateerde NVVC, voorzitter**
- **D. Vukosavljevic, (kader)huisarts, gemandateerde NHG (via HartVaatHAG), voorzitter**
- **J. Brandenburg-Verwer, beleidsadviseur Harteraad**
- **T. Bonten, huisarts-epidemioloog, LUMC**
- **Y. de Boer, promovenda Pijn op de Borst, LUMC**
- **C. de Vries, programmamanager NVVC-Connect**
- **E. Korsmit, projectleider POB, NVVC-Connect**

Personen die namens hun organisaties hebben meegelezen en input hebben gegeven (klankbordgroep):

- **R. Vliegthart, radioloog, NVVR (Nederlandse Vereniging voor Radiologie)**
- **H. v. Laarhoven, Harteraad (patiëntvereniging)**
- **M. Feenema, cardioloog, NVVC (Beroeps Belangen Commissie)**
- **R. van Schaik, klinisch chemicus, NVKC (Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde)**
- **T. Postuma, NTS (Nederlandse Triage Standaard)**
- **M.J. Cramer, cardioloog, voorheen NVVC-Connect (Pijler Acut Coronair Syndroom)**
- **P. Woudstra, AIOS, cardioloog MCL (Medisch Centrum Leeuwarden)**
- **D. Eindhoven, huisarts Bodegraven/Wateringen**
- **S. Bogerd en L. van der Leest, medisch beleidsadviseurs Hartstichting**
- **M. Bouma, programmaleider NHG**

**Projectteams pilotregio's Proefimplementatie:**

Den Haag: M. v.d. Salm (projectleider en verpleegkundig specialist Hadoks), E. van Duin, B. Veen, Y. Klaver, A v.d. Does (kader)huisartsen regio Den Haag), B.v.d. Hoeven (cardioloog HMC), A. Haasdijk (cardioloog Haga ziekenhuis)

Nijmegen: E. Kooke (projectleider RadboudMC), P. Damman (cardioloog RadboudMC)

Leiden: S. Mira Ferrer (projectleider Knooppunt Ketenzorg), H. v. Duijn (kaderhuisarts regio Leiden), H. Siebelink (cardioloog LUMC), W. Tietge (cardioloog Alrijne)

# SAMENVATTING

## Waarom een Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst?

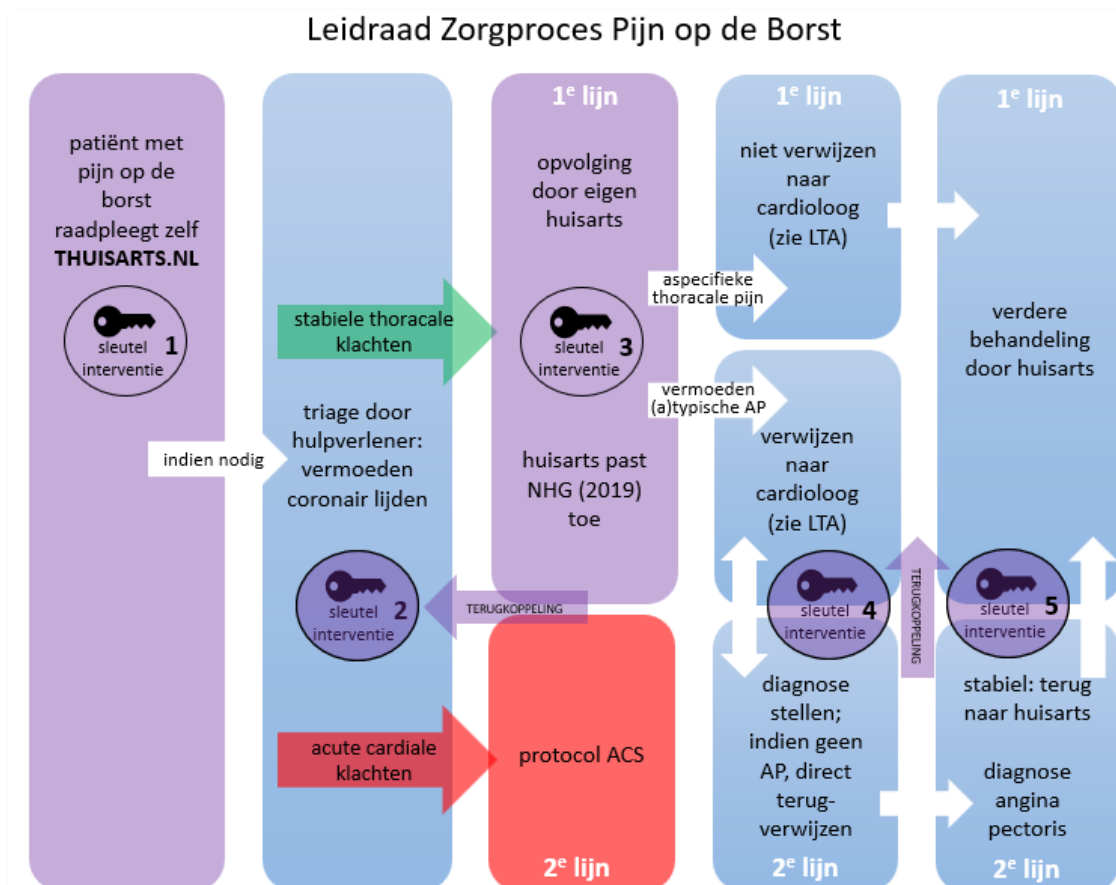
Veel patiënten met pijn op de borst worden (veelal door de huisarts) naar de cardioloog doorverwezen zonder dat daar een medische noodzaak voor is. Dit leidt tot onnodige zorg, stress bij patiënten en hoge kosten. De gedachte is dat met behulp van een leidraad dit zorgproces in Nederland kan verbeteren. Hierbij zijn de volgende doelstellingen van belang:

- **Daling (25%) van het aantal niet medisch noodzakelijke verwijzingen naar de cardioloog**
- **(Relatieve) daling van de zorgkosten.**
- **Patiëntervaringen op minimaal hetzelfde niveau.**
- **Verbetering van de onderlinge afstemming tussen zorgverleners.**

## Wat houdt de leidraad in?

In het zorgproces zijn vijf momenten (sleutelinterventies) benoemd die cruciaal zijn om het zorgproces te laten verlopen zoals het zou moeten verlopen:

1. De keuze van de patiënt of diens naaste om contact te zoeken met een zorgverlener.
2. Verwijzing na triage door een zorg-verlener.
3. Toepassen van de NHG-standaard Angina Pectoris door de huisarts.
4. Het (direct) terug-verwijzen door de cardioloog naar de huisarts als ziekenhuiszorg niet nodig blijkt te zijn (zoals beschreven in de LTA-AP).
5. Terugverwijzing van patiënten met een stabiel beeld conform beschrijving in de LTA-AP.



## Hoe kan de leidraad het beste geïmplementeerd worden?

Er is in drie regio's een proefimplementatie van de leidraad uitgevoerd waarin veel geleerd is over wat wel en wat niet werkt. De proefimplementatie was een 'klassieke implementatie' waarbij eerst een RTA werd opgesteld welke vervolgens werd gecommuniceerd naar betrokken zorgverleners in de regio. Daarna volgde scholingen en werd de communicatie meerdere malen herhaald. Het onderzoek dat gedaan is bij de proefimplementatie, wees uit dat bovenstaande doelen (nog) niet behaald zijn. Deze klassieke implementatie is een goede start, maar er is meer nodig om het ((terug)verwijs)gedrag van zorgverleners in de dagelijkse praktijk te beïnvloeden. De invoering van nieuwe methoden (zoals bijvoorbeeld het gebruik van een algoritme in het HIS, meekijkconsulten en teleconsultatie) lijken hier goede hulpmiddelen voor te zijn. Maar het zal zeker ook helpen als de 'implementatie governance' op orde is: duidelijke afspraken en doelstellingen op regionaal tactisch niveau (managementlaag) en regionaal strategisch niveau (bestuurslaag) tussen huisartsenorganisaties en ziekenhuizen.

## Wat zijn de belangrijkste tips per sleutelinterventie?

### 1. De keuze van de patiënt of diens naaste om contact te zoeken met een zorgverlener.

Promoot in de regio het gebruik van thuisarts.nl. Dit blijkt een zeer relevant hulpmiddel te zijn om patiënten met pijn op de borst niet 'onnodig' naar een (spoed)zorgverlener te stappen.

### 2. Verwijzing na triage door een zorgverlener.

Naast het aandacht geven aan triage in de scholing voor huisartsenpraktijken, lijkt het vooral van belang dat de triage in de spoedketen verbetert. En dan vooral de terugkoppeling vanuit het ziekenhuis naar de ambulance en de HAP en het actief 'terugsturen' van patiënten door cardiologen. Patiënten die op de SEH of EHH terecht komen, blijven vaak toch in het ziekenhuis en worden daarna ook nog op de polikliniek gezien.

### 3. Toepassen van de NHG-standaard Angina Pectoris door de huisarts.

Naast het communiceren van de NHG-standaard en het geven van scholingen is er meer nodig om gedragsverandering te bereiken in de spreekkamer van de huisarts. Een erg mooi instrument is het inbouwen van een beslisboom in het HIS (drie basisvragen uit de NHG-standaard komen naar voren op het moment dat de keuze wordt gemaakt om wel of niet te verwijzen. Ook kan het helpen om de cardioloog of kaderhuisarts 'even' in consult te roepen of een verwijzing nodig is (meekijkconsult, teleconsultatie, horizontaal verwijzen).

### 4. Het (direct) terugverwijzen door de cardioloog naar de huisarts als ziekenhuiszorg niet nodig blijkt te zijn (zoals beschreven in de LTA-AP).

Routines blijken lastig te doorbreken. Na verwijzing gaat de cardioloog over het algemeen 'gewoon aan de slag met de patiënt'. RTA's leven vaak alleen bij de cardiologen die deze mede opgesteld hebben. Communicatie naar collega's is 'slechts een agendapunt op een overvolle vakgroepvergadering'. Een methode kan zijn om reflectiemomenten te organiseren waarin vakgroepen door middel van interview elkaar bevragen (en corrigeren) of patiënten volgens de RTA behandeld zijn.

### 5. Terugverwijzing van patiënten met een stabiel beeld conform beschrijving in de LTA-AP.

Ook hiervoor geldt dat de RTA doorleefd moet worden bij een vakgroep. Anders blijft men hangen in bestaande routines.

## Hoe kan de patiënt goed geïnformeerd worden over het POB-traject?

Naast het bewezen nut van de POB-pagina op de website thuisarts.nl, heeft patiëntvereniging Harteraad op de website een heldere vertaling van de Leidraad Zorgproces POB gemaakt. Deze is volledig vanuit het perspectief van de patiënt opgesteld en het taalniveau is zodanig dat nagenoeg elke inwoner van Nederland het zorgproces begrijpt.

# 1. VOORAF

Pijn op de borst (POB) komt veel voor en kan verschillende oorzaken hebben. Daarbij zijn de richtlijnen van betrokken zorgverleners niet altijd eenduidig. Dit resulteert o.a. in praktijkvariatie en mogelijk onjuiste verwijzingen. Grofweg 80% van patiënten met POB wordt doorverwezen naar de cardioloog mogelijk zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Daarnaast wordt er een toename van deze zorgvraag verwacht waarbij het zorgaanbod (middelen en menskracht) vermoedelijk achter zal blijven. Defensieve geneeskunde ligt op de loer: het missen van een acuut coronair syndroom heeft een enorme impact op de patiënt en op de zorgverlener. De beroepsverenigingen van de huisartsen en cardiologen zijn het er over eens dat empowerment van de eerste lijn nodig is om defensief verwijsgedrag te voorkomen. En ook zou de patiënt beter in staat gesteld moeten worden om de eigen situatie te beoordelen en regie over het zorgproces te kunnen voeren. Reden genoeg om een landelijke leidraad voor het zorgproces POB op te stellen om hiermee de juiste zorg op de juiste plek (JZO-JP) voor POB-patiënten te organiseren.

In 2019/2020 is door de betrokken partijen, met als kerngroep patiëntvereniging Harteraad, de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), [de landelijke Leidraad Zorgproces POB ontwikkeld](#) (zie hoofdstuk 3). De basis hiervoor is de nieuwe [NHG-standaard Stabiele Angina Pectoris](#) (2019) en de [Landelijke Transmurale Afspraak Stabiele Angina Pectoris \(LTA-AP\)](#). De hoofdlijn van de leidraad is te vinden in hoofdstuk 3.

*NB: in de leidraad is geen onderscheid gemaakt in gender. Voor meer informatie over de stand van denken met betrekking tot het vrouwenhart: [Cardiologie en gender | NVVC](#)*

## Proefimplementatie / praktijktest

In 2021/2022 is door middel van een proefimplementatie, gecoördineerd en met begeleiding vanuit NVVC-Connect, de leidraad geïmplementeerd in drie pilotregio's. (NB: spoedpatiënten vielen buiten de kaders). Er is een nulmeting uitgevoerd en de effecten zijn gemeten na implementatie. De proefimplementatie had de volgende doelstellingen voor ogen:

- **Daling (25%) van het aantal niet medisch noodzakelijke verwijzingen naar de cardioloog**
- **(Relatieve) daling van de zorgkosten.**
- **Patiëntervaringen op minimaal hetzelfde niveau.**
- **Verbetering van de onderlinge afstemming tussen zorgverleners.**
- **Inzicht krijgen welke onderdelen van het zorgproces essentieel zijn om bovenstaande doelen te bereiken.**

Op basis van de bevindingen is de leidraad geëvalueerd en is deze Implementatietool opgesteld. Hiermee kan de stap gemaakt worden naar landelijke opschaling, onder andere via de landelijke NVVC-Connect infrastructuur.



## 2. DOELSTELLING

De hoofddoelstelling van het implementeren van de Leidraad Zorgproces POB is om **medisch niet noodzakelijke POB-zorg uit het ziekenhuis te weren om daarmee specialistische cardiologische zorg beschikbaar te houden voor hen die daarvoor op basis van de NHG-standaard en de LTA in aanmerking komen**. Hiermee wordt het vastlopen van de keten voorkomen en ontvangen patiënten eerder de juiste zorg op de juiste plek. Om dit meetbaar te maken is gekozen voor de volgende resultaatomschrijving: het met 25% verminderen van het aantal verwijzingen van patiënten met pijn op de borst door de huisarts naar de cardioloog die niet gebaseerd zijn op de NHG-standaard AP en de LTA-AP. Omdat er regionale verschillen zijn, is het aan de regio zelf om zelf een realistisch haalbaar percentage aan deze doelstelling te hangen.

Bij deze hoofddoelstellingen, horen de volgende subdoelstellingen:

1. De POB-patiënt draagt zelf bij aan de juiste zorg op de juiste plek omdat hij op vastgestelde betrouwbare websites (o.a. [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl)) zelf de juiste informatie heeft gevonden over zijn POB-klachten.
2. De patiënt wordt na triage en goede uitleg door de triërende zorgverlener naar de juiste zorgverlener gestuurd zodat de juiste zorg aan de patiënt geleverd kan worden.
3. De patiënt wordt alleen naar de cardioloog doorverwezen, als dat volgens de NHG-standaard Angina Pectoris 2019 geïndiceerd is.
4. Patiënten die naar de cardioloog verwezen zijn zonder juiste indicatie volgens de NHG-standaard AP 2019 (deze indicaties staan ook in de LTA), worden door de cardioloog na het eerste consult terug verwezen naar de huisarts, waarbij de cardioloog en de huisarts contact hebben over de afwegingen hierbij. (kennisverhoging door feedback cyclus)
5. Als de patiënt met coronair lijden na beoordeling/behandeling en risicostratificatie door de cardioloog weer stabiel is (zoals beschreven in de LTA), stuurt de cardioloog de patiënt weer terug naar de huisarts.
6. De kosten voor diagnose en behandeling van POB-patiënten laten per patiënt, ondanks een steeds zwaarder wordende case-mix (complexer ziektebeeld, co-morbiditeit en steeds hogere leeftijd), een dalende lijn zien waarbij geen onnodige kosten worden gemaakt door verkeerde (of te late) verwijzingen en onderzoeken.
7. De patiënt heeft een betere kwaliteit van leven doordat de Leidraad Zorgproces POB is gevolgd.

De vijf belangrijkste interventies – sleutelinterventies – in het nieuwe zorgproces (zie hoofdstuk 3) komen exact overeen met de eerste vijf subdoelstellingen zoals hierboven omschreven.

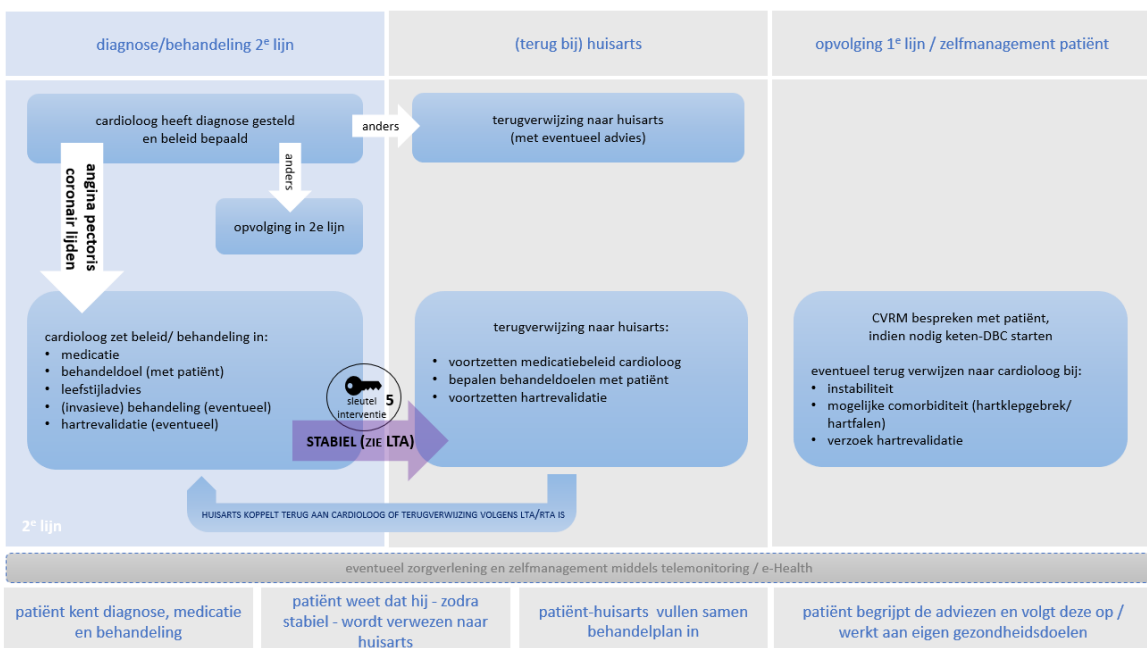
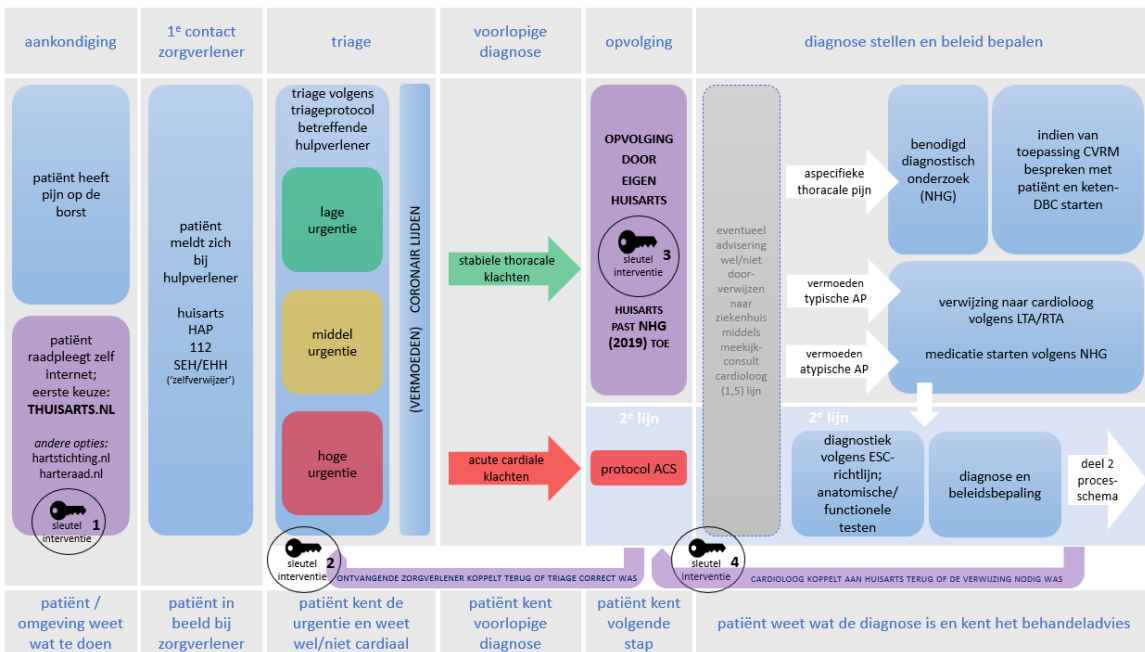


# 3. LEIDRAAD ZORGPROCES POB

Het ontworpen zorgproces voor patiënten met pijn op de borst waarbij geen sprake is van acuut noodzakelijke zorg, heeft vijf momenten die cruciaal zijn om tot de gewenste resultaten te komen. Deze momenten zijn gedefinieerd als sleutelinterventies:

1. De keuze van de patiënt of diens naaste om contact te zoeken met een zorgverlener.
2. Triage door een zorgverlener.
3. Toepassen van de NHG-standaard Angina Pectoris door de huisarts.
4. Het (direct) terugverwijzen door de cardioloog naar de huisarts als ziekenhuiszorg niet nodig blijkt te zijn (zoals beschreven in de LTA-AP).
5. Terugverwijzing van patiënten met een stabiel beeld conform beschrijving in de LTA-AP.

Onderstaand is het proces in zijn geheel weergegeven. Het eerste deel betreft de diagnosefase, het tweede deel is de behandelfase. De sleutelinterventies zijn hierin duidelijk herkenbaar.



Implementatietool Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst |



# 4. IMPLEMENTATIETOOL PER SLEUTELINTERVENTIE

## 4.1 De patiënt heeft klachten, wat kan hij zelf?

patiënt heeft pijn op de borst

patiënt raadpleegt zelf internet; eerste keuze: **THUISARTS.NL**

andere opties: [hartstichting.nl](http://hartstichting.nl) [harteraad.nl](http://harteraad.nl)



### Wat kan de patiënt zelf doen?

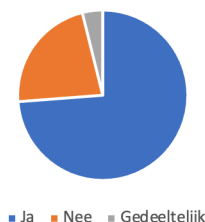
Het proces begint bij de patiënt en eventueel diens naasten. De patiënt ervaart pijn op de borst en wil hier van af. Hij wil daarom graag weten wat er aan de hand is en onderneemt dus actie. Bij acute, hevige klachten is het duidelijk: bel de huisartsenpost of 112. Zijn de klachten matig of licht, dan is het niet nodig om spoedeisende hulpverleners in te schakelen. Omdat dit niet door alle patiënten goed in te schatten is (en stress ook een rol speelt), raadpleegt de patiënt bij voorkeur eerst [thuisarts.nl](http://thuisarts.nl). Hierop staan door deskundigen beoordeeld en op wetenschappelijk gebaseerde adviezen. Deze website is een steuntje in de rug voor (potentiële) patiënten om zichzelf goed te informeren en vervolgens de juiste acties te kunnen ondernemen. Verder zijn de websites [hartstichting.nl](http://hartstichting.nl) en [harteraad.nl](http://harteraad.nl) gevalideerde websites waar de patiënt terecht kan voor meer informatie.

### Wat zijn de ervaringen in de proefimplementatie?

De pilotregio's vonden deze interventie het lastigst te implementeren (= vanuit de zorgorganisaties extra onder de aandacht brengen bij potentiële patiënten). De doelgroep is erg breed – het betreft de gehele bevolking van de regio – en is lastig als geheel te bereiken. Een mogelijkheid is om op de websites van de zorgaanbieders en in de wachtkamers informatie te geven. Maar het idee is juist om mensen te bereiken voordat zij naar een zorgverlener toe komen. In de proefimplementatie is in samenwerking met [thuisarts.nl](http://thuisarts.nl) een vragenlijst opgenomen op de POB-pagina om een beeld te krijgen van het gedrag van patiënten die deze pagina gebruiken, vooral om te ontdekken welke actie zij ondernamen na raadpleging. In de proefimplementatie is alleen gewerkt met [thuisarts.nl](http://thuisarts.nl) omdat deze van de NHG is (daarmee niet commercieel) en 100% gebaseerd op vigerende richtlijnen. In dit onderzoek konden 749 patiënten worden geïncludeerd. Het betrof

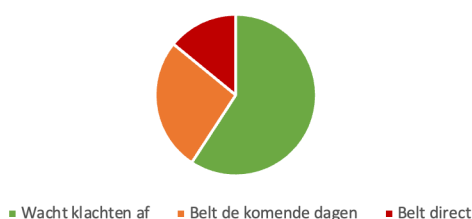
patiënten van heel Nederland, dus niet alleen uit de pilotregio's. In onderstaande grafieken zijn de resultaten weergegeven.

Heeft de informatie op Thuisarts geholpen?



Bijdrage van Thuisarts.nl in het maken van een beslissing om contact op te nemen met een hulpverlener

Welke acties hebben patiënten ondernomen?



Ondernomen acties van patiënten naar aanleiding van de informatie op Thuisarts.nl indien de informatie heeft geholpen

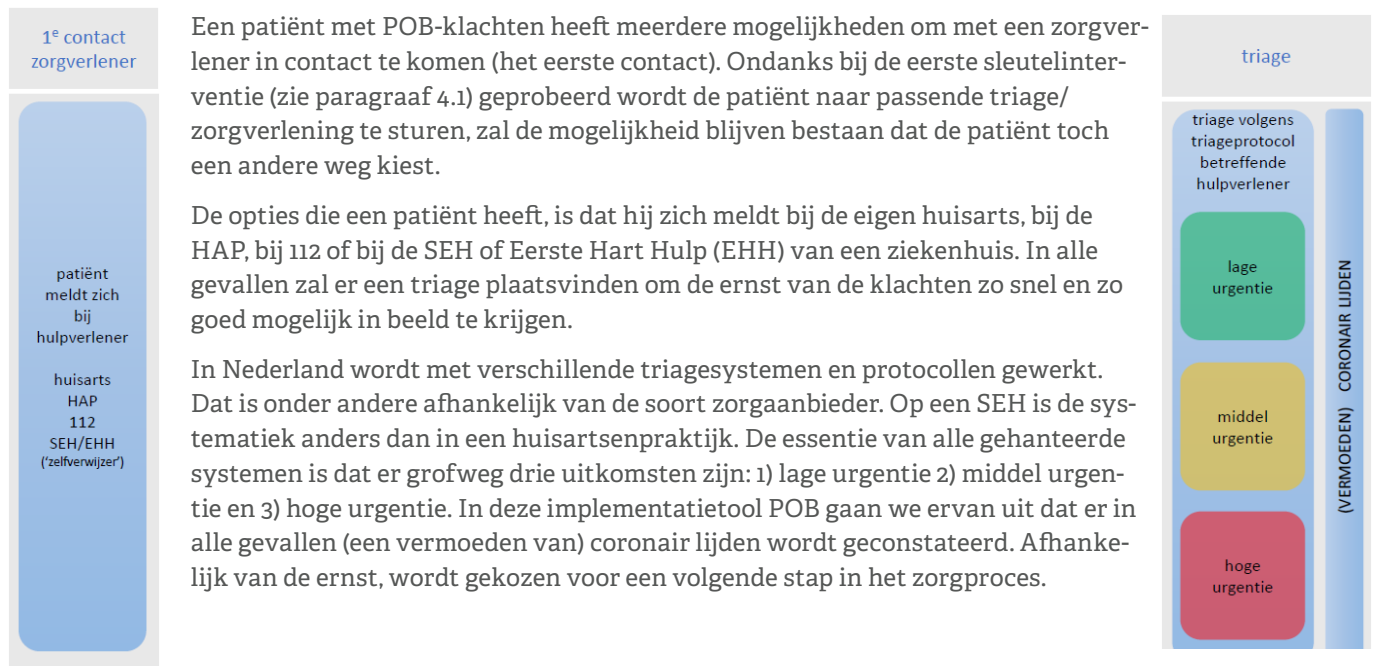
De informatie op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) heeft bij 70% van de bezoekers geholpen in de beslissing om contact op te nemen met een hulpverlener (figuur links). Een kleiner percentage patiënten gaf aan dat de informatie gedeeltelijk heeft geholpen (13%) of niet heeft geholpen (17%). Indien de informatie hielp in deze beslissing, bleek het merendeel de klachten af te wachten (figuur rechts). De andere patiënten gaven aan de komende dagen contact op te nemen met een hulpverlener (27%) of direct te bellen (14%).

Conclusie is dat de informatie op [thuisarts.nl](http://thuisarts.nl), voor de mensen die deze website weten te vinden, zeer bruikbaar is als men pijn op de borst heeft. Hiermee is gevalideerd dat deze sleutelinterventie relevant is en een onmisbaar onderdeel is van de Leidraad Zorgproces POB.

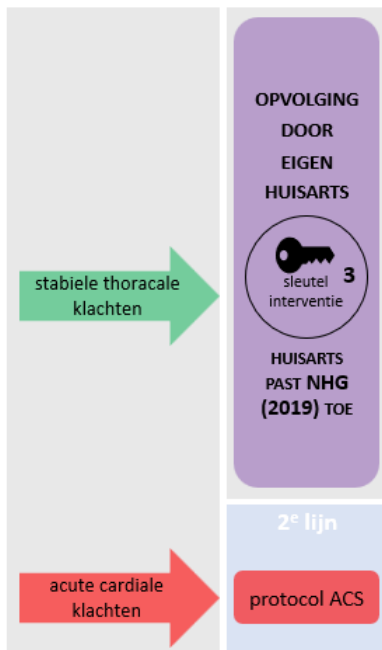
## Wat zijn implementatietips om thuisarts.nl onder de aandacht te brengen?

Verschillende regio's ervaren veel druk op de huisartsenpost (HAP) waarbij vaak blijkt dat de klacht van de patiënt ook de volgende dag bij de eigen huisarts gemeld had kunnen worden. Of dat (acute) zorg helemaal niet nodig was. Een aantal regio's heeft er daarom voor gekozen met regionaal bekende personen [filmpjes](#) op te nemen om eerst op thuisarts.nl te kijken voordat de HAP gebeld wordt. Dit kan inspiratie zijn voor regio's die aan de slag gaan met de implementatie van de Leidraad Zorgproces POB.

## 4.2 Juiste verwijzing na triage



<sup>1</sup>Een aantal onderzoeken en pilots laten positieve resultaten zien: Point-of-Care Troponin Testing during Ambulance Transport to Detect Acute Myocardial Infarction - PubMed (nih.gov); Eerste resultaten FamouS Triage onderzoek | Ambulance blog; Veilig thuisblijven bij acute hartklachten kan! (isala.nl); <https://hartc.nl/>



De voorlopige diagnose is grofweg ingedeeld in twee groepen:

### 1) **stabile thoracale klachten**

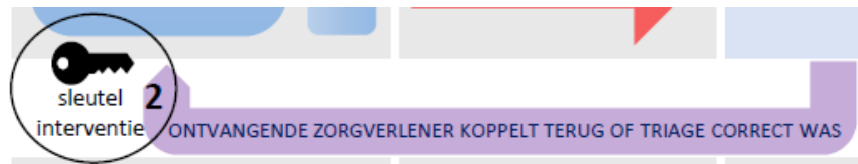
### 2) **acute cardiale klachten**

In de laatste situatie treedt direct het zorgpad of protocol ACS in werking. Via NVVC-Connect is er een landelijke dekking van deze zorgpaden waardoor betekent dat elke zorgverlener die met deze situatie in aanmerking komt, weet wat te doen.

Als de triage uitwijst dat de patiënt stabiele thoracale klachten heeft, dan is de urgentie niet hoog genoeg om met spoed een behandeling in te zetten. Het is dan prima om de patiënt naar de eigen huisarts te verwijzen. De huisarts heeft de beschikking over de NHG-standaard Angina Pectoris om de juiste diagnose te stellen en de juiste vervolgzorg te bepalen (sleutelinterventie 3). Daarover later meer in paragraaf 4.3.

De tweede sleutelinterventie van deze Leidraad Zorgproces POB is een terugkoppeling naar de zorgverlener die de triage heeft gedaan. Doel hiervan is het verhogen van het lerend vermogen van de voorgaande stap in deze zorgketen, zodat de triage continu verbetert. En daarmee de patiënt steeds vaker naar de juiste zorgverlener doorgestuurd wordt.

## Wat zijn de ervaringen in de proefimplementatie?



In de huisartsenpraktijk is het de dagelijkse gang van zaken dat huisartsen feedback geven aan de doktersassistente of een (POB-)patiënt met de juiste prioriteit ingepland wordt of dat er naar aanleiding van een telefoontje van de patiënt met spoed gehandeld moet worden. Tijdens de proefimplementatie was er geen aanleiding om hier extra prioriteit aan te geven. Het organiseren van de feedbackloop tussen verschillende zorgpartijen (bijvoorbeeld als de patiënt getrieerd is bij de 112-meldkamer of HAP) is niet opgepakt in de proefimplementatie. Reden hiervoor is dat spoedpatiënten buiten de kaders van de proefimplementatie vielen.

Een goede triage is tijdens de proefimplementatie onderdeel geweest van de scholingen die gegeven zijn aan huisartsenpraktijken (huisartsen en doktersassistenten). Tijdens deze scholing is ook casuïstiek besproken met betrekking tot de triage.

## Wat zijn implementatietips om een feedbackloop in de triage in te bouwen?

In de gezamenlijke bijeenkomsten tijdens de proefimplementatie is gebrainstormd over mogelijke verbeteracties op dit gebied. Wat onderling herkend werd, is dat er regelmatig patiënten op de SEH/EHH terecht komen (veelal via de 112/ambulance omdat deze werken volgens landelijk vastgestelde protocollen) waarbij als snel blijkt dat er geen sprake is van ACS maar eerder van stabiele thoracale klachten. Deze patiënten worden vaak toch uitgebreid onderzocht in het ziekenhuis, blijven 'een nachtje ter observatie' en worden later ook nog een keer op de polikliniek cardiologie gezien. Beter zou zijn geweest om deze patiënt direct vanuit de SEH te ontslaan met het advies om zich tot de huisarts te wenden.

Momenteel wordt landelijk de werkwijze uitgerold dat de SEH de ambulance feedback geeft. Alle ambulancehulpverleners krijgen feedback over de mate waarin hun gestelde werkdiagnose overeen kwam met de uiteindelijk op de SEH gestelde diagnose. Deze feedback op ritniveau ontvangen door zowel de ambulancezorgverlener als de verantwoordelijk Medisch Manager Ambulancezorg. Daarnaast zijn er meerdere pilots en studies die onderzoeken of er tijdens de ambulancerit extra mogelijkheden zijn om zo snel mogelijk de juiste werkdiagnose<sup>1</sup>.

## 4.3 Toepassen NHG-standaard Stabiele AP door de huisarts

### Wat verwachten we van de huisarts?

opvolging

OPVOLGING DOOR EIGEN HUISARTS

3 sleutel interventie

HUISARTS PAST NHG (2019) TOE

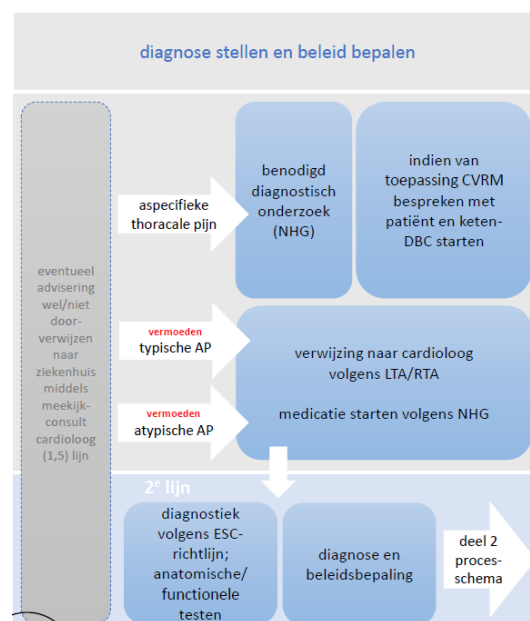
De meest recente NHG Standaard Stabiele Angina Pectoris is in 2019 verschenen. Deze geeft aan dat de huisarts hoofdbehandelaar blijft als er sprake is van specifieke thoracale pijn. De NHG-standaard geeft de huisarts voldoende aanknopingspunten om de patiënt te behandelen. Als de huisarts vermoedt dat er sprake is van (a)typische angina pectoris is de aanbeveling de patiënt door te verwijzen naar de cardioloog. Dit gebeurt op basis van de gezamenlijk opgestelde Regionale Transmurale Afspraak (RTA) op basis van de genoemde LTA.

### Wat zijn de ervaringen tijdens de proefimplementatie?

Om deze derde sleutelinterventie te implementeren, heeft elke pilotregio een RTA opgesteld. Op basis van deze RTA en de NHG-standaard zijn scholingen georganiseerd. Daarnaast is in de regio's Leiden en Den Haag bij een aantal huisartsen een 'beslisboom' geïntegreerd in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Deze beslisboom ondersteunt de huisarts, aan de hand van de symptomen van de patiënt, met drie vragen (bijlage 2) of verwijzing naar

de cardioloog opportuun is:

- 1) **Retrosternale klachten?**
- 2) **Provocatie van klachten door inspanning/kou/warmte/emotie/maaltijd?**
- 3) **Verdwijnen van klachten binnen 15 minuten?**  
**Als er sprake is van twee van deze drie kernsymptomen is verwijzing naar de cardioloog nodig.**



Hierdoor krijgt de huisarts op het juiste moment (de patiënt is op dat moment in de spreekkamer) de juiste informatie uit de NHG-standaard om te beoordelen of een verwijzing naar de cardioloog nodig is. Het ICT-algoritme is ontwikkeld door de Stichting Health Base en kan in elk HIS geïntegreerd worden. Naast de scholing en de beslisboom werkt de regio Leiden met implementatie-medewerkers die na de scholingen hulp komen bieden aan huisartsenpraktijken.

Ondanks de inspanningen die gedaan zijn tijdens de proefimplementatie om deze derde sleutelinterventies te implementeren, blijkt het percentage verwijzingen naar de cardioloog niet afgenomen te zijn (zie onderzoeksresultaten bijlage 1).

Bij de praktijken die gebruik maken van de beslisondersteuning in het HIS (waarschijnlijk in combinatie met de inzet van implementatiemedewerkers 'op de werkvloer') is wel een significante afname van het aantal verwijzingen te zien. Daarmee kan de conclusie getrokken worden dat het zinvol is om het betreffende algoritme in het HIS te integreren. En lijkt 'technische' ondersteuning (door middel van integratie in ICT) van zorgverleners te leiden tot het beter volgen van richtlijnen. Een van de pilotregio's opperde dat het algoritme ook ingebouwd zou kunnen worden in Zorgdomein, zodat de huisarts tijdens het verwijzen een 'richtlijncheck' kan doen voordat gekozen wordt om op de verwijzknop te klikken.

De implementatie in de pilotregio's kende een 'klassieke aanpak' (RTA opstellen → communiceren → scholing → herhaling communicatie). Dit blijkt onvoldoende te zijn en er is dus meer nodig om defensieve geneeskunde ('voor de zekerheid toch maar doorverwijzen, stel dat ik iets mis...') en het dagelijkse verwijsgedrag in de eerste lijn te beïnvloeden.

In een gezamenlijke evalueatie met de pilotregio's is herkend dat er te weinig veranderd is in verwijsgedrag van de huisarts. Mogelijk speelde de coronapandemie daarin een rol ('er is nu geen tijd om een nieuwe manier van werken aan te leren') maar los daarvan wordt door nagenoeg alle projectteamleden van de

<sup>2</sup> Dit voorbeeld betreft een interventie in de pilotregio Den Haag; omdat deze al actief was voorafgaand aan de proefimplementatie, laat het onderzoek (bijlage 1) ten opzichte van de nulmeting niet minder doorverwijzingen zien.

<sup>3</sup> Deze voorbeelden betreffen interventies in de pilotregio's; omdat deze al actief waren voorafgaand aan de proefimplementatie, laat het onderzoek (bijlage 1) ten opzichte van de nulmeting niet minder doorverwijzingen zien.

proefimplementatie onderkend dat dit in algemene zin een herkenbaar fenomeen is: het uitbrengen van een nieuwe richtlijn / transmurale afspraak en het geven van een scholing hierover leidt niet tot het gewenste andere gedrag in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Er is meer nodig.

Dat blijkt ook uit eerdere studies die gedaan zijn op het gebied van richtlijnimplementatie. Voorbeelden hiervan zijn: [Rapport A4 \(nivel.nl\)](#) en [Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden? | Huisarts & Wetenschap \(henw.org\)](#)

Concreet gaven huisartsen in deze studies bijvoorbeeld aan dat zij het gevoel hebben om aanbevelingen in richtlijnen niet adequaat te kunnen toepassen in de praktijk. Reden is dat men de vaardigheden hiervoor mist door gebrek aan training of ervaring. Men had hierbij vaak meer vertrouwen in de expertise van andere zorgverleners.

De resultaten van het onderzoek behorende bij de proefimplementatie Leidraad Zorgproces POB onderschrijven dit. Het onzekere gevoel van de huisarts hoe thoracale klachten te interpreteren (typisch, atypisch of “non-angina” = niet-specifiek) lijkt een belangrijke reden om de patiënt laagdrempelig door te verwijzen naar de cardioloog.

## Wat zijn implementatietips om de NHG-standaard AP goed te implementeren?

### **Implementeer het algoritme (beslisboom met drie vragen) in het HIS**

Het algoritme is beschikbaar via de [Stichting Health Base](#) en kan in elk HIS ingebouwd worden. Zorg ervoor dat het niet beperkt blijft tot een ‘technische installatie’. Het is nodig om huisartspraktijken goed te informeren en bij de start te ondersteunen bij het gebruik ervan (waar te vinden, hoe te gebruiken, etc.).

### **Gedragsverandering als onderdeel van scholing**

Het thema ‘gedragsverandering in de dagelijkse praktijk’ is geen onderdeel geweest van de scholingen die gegeven zijn tijdens de proefimplementatie. Mogelijk helpt het om naast de puur medische inhoud van de scholing ook de ‘zachte kant’ van gedragsverandering aandacht te geven: het aanpassen van dagelijkse routines.

### **Horizontaal verwijzen**

Huisartsenorganisaties kunnen ervoor kiezen om eerst binnen de eigen organisatie naar oplossingen te zoeken om verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen. Bijvoorbeeld:

[Horizontaal verwijzen leidt tot doelmatige zorg | medischcontact](#)

### **Fysieke meekijkconsulten**

Twijfelt de huisarts om door te verwijzen? De eerste- en tweede lijn kunnen onderling afspraken maken de situatie van een patiënt in de ‘anderhalve lijn’ samen, in het bijzijn van de patiënt, te beoordelen. De eerste resultaten laten zien dat hiermee verwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen worden. Bijvoorbeeld: [Het Meekijkconsult Cardiologie | Huisarts & Wetenschap \(henw.org\)](#)<sup>2</sup>

### **Teleconsultatie**

Ook wel ‘digitale meekijkconsulten’ genoemd. Huisartsen kunnen digitaal een vraag stellen (in een format) aan een medisch specialist. De medisch specialist geeft binnen een afgesproken termijn (bijvoorbeeld 48 uur) een reactie. Hiermee worden mogelijk verwijzingen naar het ziekenhuis voorkomen. Voordelen zijn dat de medisch specialist zelf het antwoordmoment kan kiezen en dat er minder verstoringen zijn door telefoontjes van huisartsen.

Voorbeelden: [Teleconsultatie - Hadoks Holding B.V.](#); [Teleconsultatie pilot: uitbreiding was zinvol en krijgt vervolg | Knooppunt Ketenzorg](#) en [Teleconsultatie voor huisartsen - Radboudumc](#)<sup>3</sup>

### **Herhaling**

Als vervolg op een scholing is het aan te raden om in de periode daarna periodiek op een laagdrempelige manier opnieuw aandacht te vragen voor de theorie. Een goed voorbeeld is het samenstellen van een quiz die regelmatig terugkomt in bijvoorbeeld een nieuwsbrief: [Artikel-Branbergen-002.pdf \(fmcc.nl\)](#)

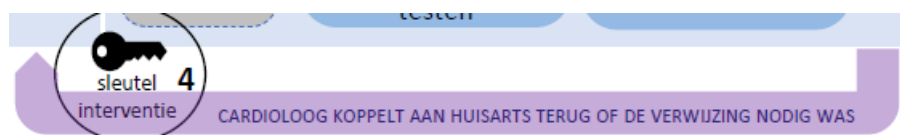
<sup>4</sup> Nuance hierbij: onervaren cardiologen zullen vaker onderzoeken aanvragen; dat is in de beginperiode niet erg en helpt zelfs kennis en ervaring op te bouwen om daarna te vertrouwen op een goede anamnese (leercurve)



## 4.4 Directe terugverwijzing door cardioloog als ziekenhuiszorg niet nodig is

### Wat verwachten we van de cardioloog?

Zoals aangegeven in paragraaf 4.3 verwijst een huisarts een patiënt op basis van de RTA (die weer gebaseerd is op de LTA). Daarin staan onderlinge afspraken in welke gevallen een patiënt door de cardioloog gezien moet worden wat de gewenste voorbereidingen zijn. Op het moment dat een cardioloog constateert dat de verwijzing niet gebaseerd is op de RTA, is het de bedoeling dat deze de patiënt direct weer terugverwijst naar de huisarts. Een directe feedback-loop is hierbij gewenst, zodat de RTA in de dagelijkse praktijk ook daadwerkelijk gaat leven en bewust samen toegepast wordt.



### Wat zijn de ervaringen tijdens de proefimplementatie?

Het vertalen van de LTA naar een RTA bleek een aardige kluit te zijn. De LTA werd beoordeeld als een overwegend theoretisch verhaal dat lastig te vertalen is naar praktische werkafspraken. Door een aantal goede sessies tussen kaderhuisartsen en cardiologen is het in de pilotregio's gelukt om een voor beide partijen goede RTA te maken. Hierbij is dankbaar gebruik gemaakt van elkaars documenten. In bijlage 3 is een template opgenomen voor een RTA Stabiele AP en in bijlage 4 is een voorbeeld te vinden (RTA van de regio Den Haag).

Uit het onderzoek blijkt dat bij 98% van de patiënten met specifieke thoracale pijnklachten (die na het volgen van de NHG-standaard niet doorgestuurd hadden moeten worden naar de cardioloog en die de cardioloog dus direct zou moeten terugverwijzen naar de huisarts) toch onderzoek is gedaan in het ziekenhuis.

*Hierbij is te zien dat het aantal inspannings-ECG's dat verricht is, significant is afgenomen van 87% tot 51% sinds implementatie van de RTA. Dit is een verbetering, waarbij het streven van de LTA is om helemaal geen inspannings-ECG te doen. Een ander significant verschil is het aantal nucleaire diagnostiek dat wordt verricht. Dit is significant gestegen sinds implementatie van de RTA van 4% naar 14% (waarschijnlijk als vervanging van een inspannings-ECG). Ondanks dat de richtlijn voorschrijft dat patiënten met specifieke thoracale pijnklachten direct worden terugverwezen, behoort nucleaire diagnostiek wel tot een van de adviezen voor ischemiedetectietesten. Hiermee wordt dus de richtlijn wel beter gevolgd als er toch twijfel is over de diagnose wel/geen coronair lijden.*

Constatering is dus dat cardiologen na een verwijzing direct 'in de onderzoeksreflex' schieten, terwijl de richtlijn eerst het doen van anamnese voorschrijft. Als het specifieke thoracale klachten betreft, zijn verdere onderzoeken niet nodig en is terugverwijzing de regel<sup>4</sup>. De situatie is voor de patiënt niet ernstig, dus is er tijd. Mocht de patiënt daarna klachten blijven houden die meer duiden op (a)typische angina pectoris, dan kan de huisarts altijd opnieuw doorverwijzen.

De reflectie op bovenstaande van de cardiologen van de pilotregio's, is dat zij de huisarts serieus nemen bij een verwijzing. De huisarts kent de patiënt goed dus 'die zal niet voor niets verwijzen'. Daarom gaan ze aan de slag met de patiënt. In een discussie tussen cardiologen en huisartsen hierover, is de gezamenlijke conclusie getrokken dat huisartsen en cardiologen elkaar in de greep houden: het feit dat cardiologen toch onderzoeken laten verrichten bij de patiënt ondanks dat er 'slechts' sprake is van specifieke thoracale klachten, geeft de huisarts de bevestiging dat een doorverwijzing nodig was.

Daarnaast werd samen geconcludeerd dat de vraagstelling van de huisarts scherper gesteld zou moeten worden: is de vraag om een klacht aan het hart op te pakken? Of is het de vraag om een risico inschatting te doen hoe groot de kans is dat deze patiënt coronair lijden ontwikkelt?

Ook constateren de cardiologen (en huisartsen) van de pilotregio's dat het lijkt of patiënten sinds de coronapandemie 'veeleisender' zijn om precies te weten wat er aan de hand is. De hang naar zekerheid en veiligheid lijkt groter geworden.



Na medisch niet noodzakelijke verwijzing is, na bovengenoemde onderzoeken, bij 28% van de patiënten vervolgens ook nog beleid uitgevoerd door de cardioloog.

*In de meeste gevallen gaat het om een medicatiewijziging (28%) en wordt er vooral nieuwe medicatie voorgeschreven. Dit is opvallend, omdat we verwachtten dat er vaker medicatie zou worden gestopt of helemaal geen medicatiewijziging zou worden gedaan bij patiënten met specifieke thoracale pijnklachten.*

Bij een zeer klein deel van de patiënten (5%) met specifieke thoracale pijnklachten bleek toch dusdanig sprake van coronair lijden, dat zij invasieve therapie nodig hadden zoals een PCI of CABG. Hierbij was de initiële inschatting qua classificatie dus niet correct. Hierin zat overigens geen significant verschil tussen de patiënten voor en na implementatie van de RTA.

Tenslotte worden de meeste patiënten direct terugverwezen na hun definitieve diagnose. Hier zit geen statistisch significant verschil in tussen de patiënten die voor- of na implementatie van de RTA bij de cardioloog waren. Wel is de tijd tussen het eerste consult en de terugverwijzing significant langer geworden na implementatie. Dit kan bijvoorbeeld ook veroorzaakt zijn door wachttijden binnen het ziekenhuis voor diagnostiek of personeelsgebrek (in verband met de coronaperiode).

Bovenstaande resultaten van de proefimplementatie zijn enigszins teleurstellend. Er is veel aandacht besteed aan het opstellen van een RTA en het communiceren hiervan aan collega's. De cardiologen die deelnamen aan de proefimplementatie (leden projectgroep) geven aan dat het lastig blijkt te zijn om nieuwe werkafspraken goed te integreren in de dagdagelijkse

praktijk. Er is weinig aandacht voor daadwerkelijke implementatie: zo'n nieuwe werkafpraak is 'een agenda-punt op een overvolle vakgroepvergadering' waar nog vele andere punten op de agenda staan.

### **Wat zijn implementatietips zodat de cardioloog de patiënt direct terugverwijst?**

Als het gaat om het opstellen van een RTA: maak gebruik van RTA's van regio's die deze al hebben ontwikkeld. Daar liggen vaak al goede discussies aan ten grondslag die hebben geleid tot praktische werkafspraken. Pak zo'n RTA als vertrekpunt in de eigen regio en geef er een eigen draai aan zodat het voor de regio goed past. Het is wel noodzakelijk dat regionale (kader)huisartsen en cardiologen bijeen komen zodat de RTA in gezamenlijkheid opgesteld en vastgesteld wordt zodat het eigenaarschap gevoeld wordt (het puur kopiëren van een andere regio gaat niet werken).

Laat een RTA niet als een 'papier tigger' onderin de digitale lade liggen: maak er concrete werkafspraken van die in de dagelijkse praktijkvoering een daadwerkelijk hulpmiddel is. Bijvoorbeeld in de vorm van een overzichtelijk stroomschema waarbij de essentie helder zichtbaar is. Of zoals de regio Leiden het doet: voor de huisartsen een in het HIS ingebouwd algoritme als beslisondersteuning. Daarnaast zijn in deze regio de actuele werkafspraken te allen tijde direct te vinden via een gezamenlijk platform (de 'ZorgApp ZHN' of via de website: [ZorgApp ZHN \(mdl-solutions.nl\)](https://mdl-solutions.nl)). Probeer de essentie van de RTA terug te brengen tot bijvoorbeeld de top drie van de meest belangrijke punten en doe dat in korte oneliners.

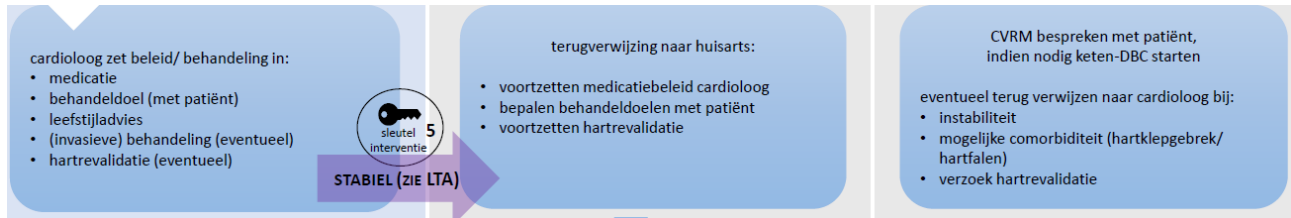
Naast scholing organiseren voor huisartsen om de RTA te presenteren is het een goede optie om hierbij ook de cardiologen/AIOS/VS/PA en andere zorgverleners uit het ziekenhuis te betrekken. Ook kan het (voor de verbinding en het levend houden van de RTA) nuttig zijn dat kaderhuisartsen en eventueel de projectleider aanschuiven bij een vakgroeptoverleg van de cardiologen.

Om de huisarts te helpen om de juiste vraagstelling aan de cardioloog te stellen ('klacht aan het hart' of 'risico inschatting?') is te overwegen om de clinical likelihood (ook beschreven in de LTA) toe te voegen aan het eerder genoemde algoritme van drie vragen.

En misschien wel de belangrijkste implementatietip: praat met elkaar over de doorverwijzing. Zoek contact met elkaar om de situatie van de patiënt te bespreken. Samen kan de beste keuze gemaakt worden welke zorg de patiënt nodig heeft.

## 4.5 Terugverwijzing stabiele patiënten door cardioloog naar huisarts

Als de diagnose coronair lijden blijkt te zijn, zal in de meeste gevallen de cardioloog het beleid bepalen en de behandeling in de tweede lijn op zich nemen. Op het moment dat de patiënt volgens de afspraken in de RTA 'stabiel' is, verwijst de cardioloog terug naar de huisarts die het medicamenteuze beleid (en leefstijladvies) van de cardioloog voortzet/opvolgt.



### Wat zijn de ervaringen tijdens de proefimplementatie?

In het onderzoek zijn de terugverwijzingen beoordeeld. Hiervoor is dieper ingegaan op patiënten met typische en atypische angina pectoris die geen invasieve therapie als PCI of CABG hebben ondergaan. Hieruit bleek dat er significant minder(!) vaak wordt terugverwezen naar de huisarts sinds implementatie van de RTA. Opvallend hierbij is dat er ook bij significant meer patiënten therapie moest worden ingesteld sinds implementatie van de RTA. Dit zou kunnen verklaren waarom er minder patiënten worden terugverwezen. Instellen van therapie is conform LTA wél een reden om patiënten langer in de tweede lijn te houden. Tenslotte is bepaald hoe snel patiënten worden terugverwezen naar de huisarts indien zij niet in de tweede lijn hoeven te blijven. Ondanks dat dit mediaan minder dagen zijn sinds de implementatie van de RTA, is dit niet significant minder dan voor de implementatie. Het duurt gemiddeld 43 dagen om de definitieve diagnose te hebben en 48 dagen om terugverwezen te worden vanaf het indexconsult. De artsen in de pilotregio's zijn het erover eens dat de factor 'tijd' minder van belang is bij terugverwijzen. Goed onderzoek en goede instellen kost tijd (zeker ook met de nieuwe inzichten met betrekking tot het 'vrouwenhart'). Als de patiënt stabiel is, moet er terugverwezen worden naar de huisarts.

Ook bij deze sleutelinterventie, die vooral bij de cardiologen ligt, gebeurt het 'inslijten' van nieuwe afspraken (RTA) in de dagelijkse praktijkvoering niet vanzelf. De vakgroep heeft ook deze nieuwe werkafspraken als 'agendapunt tijdens een overleg' behandeld zonder deze verder expliciet te implementeren. De cardioloog die deelneemt in de regionale projectgroep en daarin 'ondergedompeld' wordt in de noodzaak en het belang, gaat vaak wel over op de nieuwe werkafspraken. Maar deze krijgt het niet goed voor elkaar om de collega's ook zover te krijgen.

### Wat zijn implementatietips zodat de cardioloog stabiele patiënten wel terugverwijst?

Een manier die op het eerste oog veel tijd lijkt te kosten, maar wel effectief kan zijn, is reflectie. De vakgroep cardiologie van het LUMC werkt bijvoorbeeld met reflectiemomenten voor fellows. Een aantal casussen wordt geanalyseerd (*Wat zijn de klachten van de patiënt? Welke onderzoeken zijn aangevraagd en waarom? Staat dat ook in de richtlijn?*). Tijdens deze momenten worden fellows geconfronteerd of hun werkwijze in lijn is met richtlijnen en werkafspraken. Hieruit komt bijvoorbeeld naar voren dat er veel diagnostiek wordt aangevraagd ('voor de zekerheid') zonder dat dit voldoende gebaseerd is op richtlijnen.

De ervaringen in de proefimplementatie leren dat het nodig is daadwerkelijk tijd en aandacht te besteden aan implementatie in de spreekkamer van de cardioloog. Op welke manier dit gedaan wordt, is afhankelijk van de regionale setting. Naast praktische hulpmiddelen (zoals bijvoorbeeld de drie belangrijkste punten van de RTA op een zakkaartje om deze 'in te slijten') is het aan te bevelen uit te zoeken welke werkafspraken in de ziekenhuizen en huisartsenpraktijken zodanig geïmplementeerd zijn, dat deze wél het gewenste effect hebben bereikt. Wat waren de succesfactoren? Denk aan triggers die de 'What's in it for me'-vraag beantwoord.

Zoals bijvoorbeeld ruimte scheppen op de polikliniek omdat de spreekuren overvol zijn, financiële triggers inbouwen, etc. Omdat deze vragen ook gelden voor de andere sleutelinterventies, wordt in hoofdstuk 5 verder ingegaan op de randvoorwaarden voor een goede implementatie in een samenwerkingsverband.

Het kan helpen als de cardioloog in de conclusie van de ontslagbrief naar de huisarts de RTA benoemt. Bijvoorbeeld: *“Ik verwijs deze patiënt conform de RTA POB terug naar de huisarts, overweeg inclusie in ketenzorg CVRM.”*

Tenslotte moeten we realistisch zijn: het duurt een aantal jaren voordat een richtlijn goed geland is bij een beroepsgroep. Vasthoudendheid is hierbij belangrijk: ondanks dat in de eerste periode nieuwe richtlijnen matig gevolgd worden, en daarmee de gewenste resultaten achterblijven, is het zaak voldoende aandacht te blijven besteden aan informeren, communiceren en op elkaar reflecteren (bijvoorbeeld door middel van intervisie).

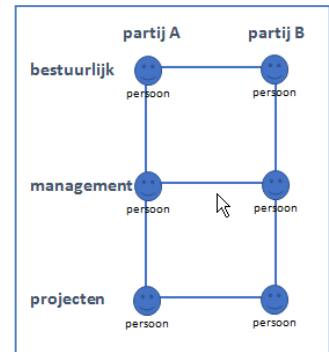
5 Bron: 978-94-6276-296-1\_samenwerken\_van\_idee\_naar\_afspraak\_preview.pdf (boompsychologie.nl)

6 Bijvoorbeeld Haagse Vaten, Hadoks | Bundelt de kracht van huisartsen in regio Haaglanden en Knooppunt Ketenzorg | Knooppunt Ketenzorg

# 5 IMPLEMENTATIE GOVERNANCE

## 'Het achtje dicht organiseren'<sup>5</sup>

Op welke manier lukt het om werkafspraken over organisatiegrenzen heen, zoals bijvoorbeeld een RTA, wél succesvol te implementeren? De ervaring leert dat het in complexe samenwerkingsverbanden essentieel is om op zowel strategisch (bestuurlijk), tactisch (management) als operationeel niveau (projecten, dagelijkse praktijk) goede afspraken te maken en deze continu te onderhouden (zie figuur). Aan de hand van de volgende deelvragen kan voor een regio inzichtelijk gemaakt worden in hoeverre 'het achtje dicht georganiseerd is' en daarmee een gezamenlijke implementatie kansrijker is:



- Is er een duidelijk gedeelde ambitie op bestuurlijk niveau?
- Zijn de belangen van alle betrokken partijen inzichtelijk?
- Is er een gedeelde programma- en projectorganisatie?
- Is er een goede (in)formele relatie tussen de partijen?
- Zijn alle lijnen in 'het achtje' aangelegd?
- Is het zorgproces voldoende gezamenlijk ontwikkeld?
- Waarom lukt het wel/niet om een sleutelinterventie te implementeren? (wat zijn succes- en faalfactoren per regio?)
- Wat is de rol van de patiënt?

## Wat zijn de ervaringen tijdens de proefimplementatie?

Twee van de drie pilotregio's hadden hun gezamenlijke 'samenwerkingsgovernance' (tussen de partijen 'huisartsen' en 'ziekenhuizen') bij de start van de proefimplementatie redelijk op orde. Vanuit het bestaande samenwerkingsverband<sup>6</sup> werd er direct vanaf de start een projectleider aangesteld die speciaal voor het project een aantal uren in de week beschikbaar was. Deze projectleiders stelden al snel een projectgroep samen met daarin kaderhuisartsen van verschillende zorggroepen en cardiologen van beide ziekenhuizen in deze regio's. De onderlinge verhouding was zeer goed (zo was er bijvoorbeeld bij de eerste meeting al meteen een Whatsapp-groep aangemaakt) Deze projectgroepen stelden een regionaal projectplan op en gingen aan de slag met de proefimplementatie. De successen die zij behaald hebben, is het relatief snel opstellen van een RTA en het organiseren van scholingen (zie vorig hoofdstuk).

Zoals uit de resultaten van de proefimplementatie en het bijbehorend onderzoek blijkt, hebben deze inspanningen echter (nog) niet geleid tot de gewenste uitkomsten (minder verwijzingen). Met deze pilotregio's is een analyse op bovenstaand 'achtje' gedaan waaruit de gezamenlijke conclusie getrokken werd dat het er verschillende onderdelen van het 'achtje'

niet ingevuld zijn. Op projectniveau weet men elkaar goed te vinden en worden er snel stappen gemaakt. Maar hiervoor blijkt echter nauwelijks dekking te zijn op tactisch niveau, waardoor niemand zich druk maakt of het project wel of niet de beoogde resultaten haalt. Er zijn geen targets of incentives op managementniveau (laat staan op bestuurlijk niveau) om het project te laten slagen. Het is 'een feestje van de zorgverleners' zonder dat er een organisatiebelang lijkt te zijn vanuit de betrokken organisaties (het samenwerkingsverband van huisartsen enerzijds en de ziekenhuizen anderzijds). Met dit inzicht gaan betreffende regio's aan de slag met het vervolg van de implementatie van de Leidraad Zorgproces POB.

In de derde pilotregio was het 'achtje' nauwelijks ingevuld. Na analyse bleek dat alleen op operationeel niveau 'noodzakelijk' contact bestond tussen de zorggroep van huisartsen en de ziekenhuizen. Dat was beperkt tot de basale RTA's die zorggroepen hebben met ziekenhuizen (CVRM, COPD, etc.). De kaderhuisartsen hart- en vaatziekten zagen deelname aan de proefimplementatie als kans om de samenwerking met de cardiologen te versterken. De huisartsen hadden veel behoefte aan een goede RTA Stabiele Angina Pectoris met de zieken-

huizen. Omdat er op operationeel niveau echter geen goede basis lag om de samenwerking met elkaar op te zoeken, lukte het in deze regio niet om een projectgroep van de grond te krijgen. De aangestelde projectleider (vanuit het ziekenhuis) heeft vergeefse pogingen gedaan om de kaderhuisartsen en cardiologen bij elkaar aan tafel te krijgen. Uiteindelijk is het de regio gelukt om een RTA op papier te zetten, maar er is geen aandacht gegaan naar communicatie, scholing en implementatie.

### **Wat zijn mogelijke hulpmiddelen om het achtje dicht te organiseren?**

Een conclusie die getrokken kan worden uit de proefimplementatie is dat regio's die een goede basis opgebouwd hebben (zowel formeel als informeel) waarin huisartsen en ziekenhuizen structureel met elkaar samenwerken op operationeel niveau, in staat zijn om relatief snel een RTA te realiseren. Ook het organiseren van gezamenlijke scholingen komt vrij vlot van de grond. De regio's die het onderste deel van 'het achtje' goed ingevuld hebben, kunnen een vliegende start maken met de implementatie van de Leidraad Zorgproces POB.

Ook kunnen we de conclusie trekken dat er meer nodig is dan een goede samenwerking op operationeel niveau. Het op orde hebben van 'het onderste deel van het achtje' heeft, in ieder geval in de proefimplementatie, niet geleid tot de gewenste veranderingen in de zorg. Daar blijkt meer voor nodig. Volgens de theorie (zie bronvermelding op de vorige pagina) zijn goede samenwerkingsafspraken- en relaties op tactisch en bestuurlijk niveau onmisbaar om daadwerkelijk tot resultaten te komen. Denk hierbij aan het in kaart brengen van de gezamenlijke ambities en belangen, het optuigen van een gezamenlijke samenwerkingsorganisatie en het (in) formeel tot stand brengen en onderhouden van persoonlijke relaties op sleutelposities.

## 6 FINANCIËN

Een van de doelstellingen van de proefimplementatie was om de kosten voor POB-zorg te verlagen. De intentie was dan ook om dit te meten aan de hand van financiële gegevens van de deelnemende partijen. Het is niet gelukt om de kosten voldoende boven water te krijgen om deze doelstelling goed te meten. Deze gegevens waren voor de onderzoekers niet goed te achterhalen omdat uitsplitsing voor POB-patiënten niet eenduidig mogelijk bleek te zijn. Dit komt onder andere door de DBC/DOT systematiek. Maar ook de terughoudendheid van ziekenhuizen om kostprijzen te delen met externe partijen speelde een rol. De lat voor dit gedeelte van het onderzoek bleek vooraf te hoog gelegd. Om het financiële effect van de Leidraad Zorgproces POB goed te meten, is separaat aanvullend onderzoek vereist.

Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat de kosten in de huisartsenpraktijk niet gedaald lijken te zijn na implementatie van de RTA (zie bijlage 1). De kosten in de tweede lijn konden uiteindelijk uit één ziekenhuis verkregen en geanalyseerd worden. Daaruit blijkt dat de kosten in de tweede lijn eerder gestegen zijn dan gedaald. Vermoedelijk is de oorzaak dat cardiologen toch diagnostiek inzetten ondanks dat de patiënt niet op medisch noodzakelijke redenen is ingestuurd door de huisarts. Waarbij de (goedkopere) inspannings-ECG's steeds meer vervangen worden door (duurdere) nucleaire onderzoeken. Zie hiervoor ook de analyse in paragraaf 4.4.

Omdat het gegevens betreft uit een enkel ziekenhuis, kunnen er geen conclusie verbonden worden aan dit eerste inzicht.

# 7 KWALITEIT VAN LEVEN

Tijdens de proefimplementatie hebben in totaal 19 huisartsenpraktijk in de regio Den Haag – Leiden patiënten geworven voor dit onderdeel van de proefimplementatie. In totaal 35 patiënten hebben uiteindelijk een vragenlijst ingevuld. Gezien de hoge incidentie van de klachten 'pijn op de borst' is dit zeer laag te noemen. Het verwachte aantal van 150 deelnemers is bij lange na niet gehaald. Ook niet na veel 'stimuleringsacties' van het onderzoeksteam en de regionale projectgroepen. Hieruit valt te concluderen dat het bevragen van patiënten bij implementatie van een nieuwe RTA zeer lastig is en veel moeite en tijd kost. Dit is een belangrijk punt om geleerd te hebben voor toekomstige implementatietrajecten. Gezien de lage aantallen patiënten die door huisartsen geïnccludeerd kon worden, kunnen op basis van de ingevulde vragenlijsten helaas geen betrouwbare uitspraken gedaan worden over het verschil in kwaliteit van leven vóór en ná implementatie van de RTA.

## **Focusgroepen en interviews**

Tijdens de proefimplementatie hebben negen patiënten meegewerkt aan een focusgroep of interview. Ook dit was een te laag aantal om datasaturatie te bereiken om betrouwbare resultaten te kunnen weergeven. Ondanks dat is het waardevol om toch een inkijkje te geven wat deze gesprekken opgeleverd hebben. De patiënten hebben vooral een aantal tips voor de zorgverleners.

Een belangrijk signaal vanuit meerdere patiënten is het feit dat ze naar de cardioloog verwezen worden die na meerdere onderzoeken constateert dat er niets met het hart aan de hand is. De patiënten geven aan dat hiermee veel kostbare tijd verloren gaat (toegangstijd polikliniek, doorlooptijd onderzoeken en het wachten op uitslagen). Het zou dus erg fijn zijn als de huisarts niet naar de cardioloog verwijst als een richtlijn aangeeft dat dit niet hoeft.

Patiënten hebben behoefte aan een duidelijke beslisshulp zodat duidelijk is of de huisarts gebeld moet worden of toch 112. Folders met daarin een eenvoudige beslisboom kan een optie zijn. Een van de patiënten geeft aan goede ervaringen te hebben met de website [moetiknaardedokter.nl](http://moetiknaardedokter.nl). Het is goed om patiënten inzicht te geven welke oorzaken pijn op de borst kan hebben. Een 'gemiddeld mens' zal snel aan het hart denken, maar goede voorlichting kan helpen minder snel in paniek te raken. Ervaringsdeskundigen hebben geleerd dat bij pijn binnen de borstkas de alarmbellen moeten gaan rinkelen, maar buiten de borstkas waarschijnlijk niet. Een publiekscampagne vanuit de Hartstichting is mogelijk een goede optie.

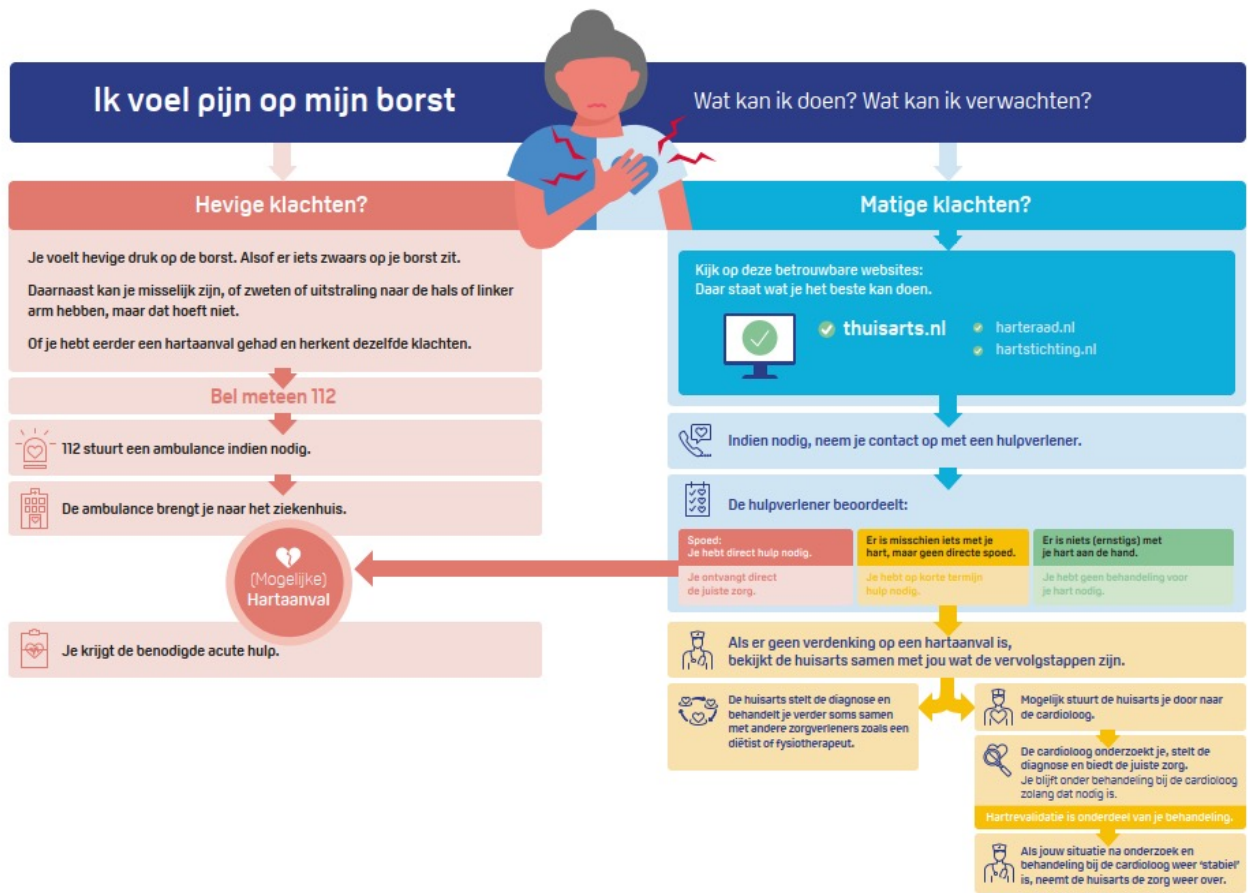
Patiënten geven aan behoefte te hebben aan goede uitleg. Er wordt nog veel 'technische taal' gebruikt en consulten bij artsen zijn vaak kort. Ook vooraf een duidelijk beeld geven van de onderzoeken die gedaan gaan worden, wanneer en waarom laat nog te wensen over.

Ook wordt er aandacht gevraagd voor de mensen die zich bezwaard voelen om contact te zoeken met hulpverleners. Men is bang om de kostbare tijd van hen op te eisen terwijl de klachten 'misschien wel meevallen'. Deze mensen moeten geholpen worden de juiste zorgverlener op te zoeken.



# 8 PATIËNTVERSIE

Door patiëntvereniging Harteraad is een patiëntversie gemaakt van de Leidraad Zorgproces Pijn op de Borst. Deze is onderstaand weergegeven en te vinden op: [Vernauwing in de kransslagader - Pijn op de borst \(harteraad.nl\)](https://www.harteraad.nl/vernaauwing-in-de-kransslagader-pijn-op-de-borst)



Meer weten? Ga naar [www.harteraad.nl](http://www.harteraad.nl)

nvcconnect



Harteraad

De ervaringen van de proefimplementatie geven geen aanleiding om deze patiëntversie aan te passen. Zoals eerder vermeld, blijven de sleutelinterventies van de Leidraad Zorgproces POB overeind. En daarmee blijft ook deze patiëntversie zoals deze nu is.

# 9 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Vooraf zijn de volgende doelstellingen vastgelegd bij de proefimplementatie:

- **Daling (25%) van het aantal niet medisch noodzakelijke verwijzingen naar de cardioloog**
- **(Relatieve) daling van de zorgkosten.**
- **Patiëntervaringen op minimaal hetzelfde niveau.**
- **Verbetering van de onderlinge afstemming tussen zorgverleners.**
- **Inzicht krijgen welke onderdelen van het zorgproces essentieel zijn om bovenstaande doelen te bereiken.**

De onderzoeksresultaten laten zien dat de doelstellingen van de proefimplementatie niet allemaal gehaald zijn. Deels omdat de proefimplementatie voor het grootste deel plaatsvond tijdens de coronapandemie. De druk op de zorg was hierdoor ongekend hoog waardoor een dergelijk groot project niet de juiste aandacht kon krijgen. Maar deze eindrapportage laat zien dat ook onder 'normale omstandigheden' de doelstellingen waarschijnlijk niet gehaald zouden zijn. Daarvoor is de materie te complex en zijn de samenwerkingsverbanden, in ieder geval de pilotregio's, nog niet volwassen genoeg.

De vijf sleutelinterventies die in het Zorgproces Leidraad POB genoemd zijn blijven overeind:

- 1. De keuze van de patiënt of diens naaste om contact te zoeken met een zorgverlener**
- 2. Verwijzing na triage door een zorgverlener**
- 3. Toepassen van de NHG-standaard Angina Pectoris door de huisarts**
- 4. Het direct terugverwijzen bij specifieke POB-klachten zoals beschreven in de LTA-AP**
- 5. Terugverwijzing van patiënten met een stabiel beeld conform beschrijving in de LTA-AP**

Daarvoor zijn genoeg aanwijzingen en geleerde lessen vanuit de proefimplementatie. Door een goede manier te vinden deze regionaal te implementeren, kan een regio – waarbij ook op bestuurlijk en tactisch niveau gezamenlijke ambities, belangen en doelen concreet met elkaar afgesproken zijn – de genoemde doelstellingen waarschijnlijk wel behalen. Zoals aangegeven speelt tijd daarbij ook een belangrijke rol: het duurt een aantal jaren voordat nieuwe richtlijnen geadopteerd worden door zorgverleners.

Aanbeveling aan alle regio's in Nederland is om in ieder geval de LTA AP te vertalen naar een eigen RTA. Alleen al het feit dat (kader)huisartsen en cardiologen uit dezelfde regio met elkaar aan tafel gaan zitten om dit zorgproces met elkaar te bespreken, is winst. Hierdoor wordt elkaars dagelijkse praktijk beter begrepen en zal dit een eerste stap zijn om daadwerkelijke verandering in gang te zetten.

Zoals te lezen in dit document, zijn er voldoende aanknopingspunten om de sleutelinterventies beter te implementeren dan dat dit tot nu toe gelukt is tijdens de proefimplementatie. De pilotregio's stoppen dan ook niet met implementeren. Zij gaan aan de slag met een gedragspsycholoog om te begrijpen waarom er nauwelijks gedragsverandering plaatsvindt in de dagelijkse praktijk, terwijl men wel de noodzaak ervan inziet. Ook zullen zij proberen 'het achtje' – in ieder geval op de cardiologische samenwerking – volledig in te gaan vullen. Daarnaast zullen zij de metingen (bijlage 1) voortzetten waarmee zij periodiek meten of de interventies steeds meer gaan leiden tot de gewenste resultaten (=dezelfde doelstellingen als hierboven genoemd).

# 10 ONDERSTEUNING NVVC CONNECT

[NVVC Connect](#) is het regionaal ingerichte netwerkprogramma van de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie en beoogt de verschillende zorgverleners uit 2e en 1e lijn bij elkaar te brengen om de cardiologische zorg aan de patiënt meer integraal en transmuraal aan te bieden. De bedoeling is dat de patiënt daarmee in contact komt met die zorgverlener die op dat moment de beste bijdrage aan de zorgbehoefte kan leveren. De verwachting is dat dit zal leiden tot een kwalitatief betere zorg, tot minder onnodige verwijzingen binnen het zorgstelsel, tot zorg die zo dicht mogelijk bij de patiënt thuis kan worden geboden, en tot zorg die ook in de toekomst toegankelijk en betaalbaar is.

De aangesloten regio's vormen hét landelijke Connect-netwerk waarbinnen wordt samengewerkt aan het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek voor mensen met hart- en vaatziekten. Connect richt zich hierbij op het stimuleren van regio's tot het maken én implementeren van regionale transmurale afspraken en borduurt voort op de reeds bestaande infrastructuur van aangesloten regionale samenwerkingsverbanden. Transmurale zorg in de regio is altijd maatwerk. Elke regio, ongeacht de grootte, thema of hoeveelheid van de betrokken organisaties, heeft voordeel bij de kennis en ervaring van het Connect-netwerk.

Met het opstarten van dit project heeft Connect drie regio's aan de hand genomen om de landelijke leidraad zorgproces POB te implementeren door het opstellen van een RTA, scholingen te organiseren en het proces te evalueren. Het project heeft veel inzichten gegeven welke in deze Implementatietool verwerkt zijn. Connect heeft meerdere toolkits samengesteld met praktische handvatten en nuttige documenten. De toolkit Pijn op de Borst is uitgebreid met onder meer de implementatietool, de *lessons learned* uit dit project en een template RTA voor POB. De toolkit wordt actief aangeboden aan het Connect-netwerk, met als doel de regio's die de zorg rondom de klacht pijn op de borst transmuraal en regionaal willen organiseren praktische handvatten te bieden.

Regio's die aan de slag willen, worden uitgenodigd zich aan te sluiten bij Connect. Connect verbindt de regio's aan elkaar, biedt werksessies en handvatten, en deelt via de nieuwsbrief en website goede voorbeelden uit de regio's ter inspiratie en lering van andere regio's. Connect staat klaar om de ervaringen van de proefimplementatie te delen en toe te lichten. Hiermee kunnen de geleerde lessen in de praktijk gebracht worden en kan voorkomen worden dat er in dezelfde valkuilen gestapt wordt. En zoals bij elke pijler kan Connect adviseren bij het vormgeven en implementeren van de PDCA-cyclus waarmee de kans op een duurzame implementatie groter is.

## **Vervolgproject**

Connect blijft ook betrokken bij de vervolimplementatie van twee van de drie pilotregio's, welke wordt uitgevoerd door het LUMC. Deze regio's zetten nieuwe implementatiestappen (herhalingscholing, inzet van een gedragspsycholoog en verdere organisatie van 'het achtje')

en zullen in 2022-2023 nogmaals dezelfde meting verrichten zoals deze voor dit onderzoek (bijlage 1) is gedaan. De ervaringen van deze twee regio's zal Connect meebrengen in de advisering en begeleiding van regio's die van start willen gaan.

# BIJLAGE 1: ONDERZOEKSRAPPORTAGE

**Zie separaat document LUMC**

# BIJLAGE 2: BESLISBOOM (DRIE VRAGEN) IN HET HIS

Vraag	Waarde
<b>Kernsymptomen</b>	
-1- Retrosternale klachten	
-2- Provocatie van klachten door inspanning/kou/warmte/emotie/maaltijd	
-3- Verdwijnen van klachten <15 min na rust of na paar min, na nitraten s.l.	
Welke symptomen ervaart patient	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Kernsymptoom 3            - Maak uw keuze -            Kernsymptoom 1            Kernsymptoom 2  <b>Kernsymptoom 3</b>            Kernsymptoom 1 en 2            Kernsymptoom 1 en 3            Kernsymptoom 2 en 3            Kernsymptomen 1 en 2 en 3         </div>
<b>Verwijzing niet nodig</b>	

Vraag	Waarde
<b>Kernsymptomen</b>	
-1- Retrosternale klachten	
-2- Provocatie van klachten door inspanning/kou/warmte/emotie/maaltijd	
-3- Verdwijnen van klachten <15 min na rust of na paar min, na nitraten s.l.	
Welke symptomen ervaart patient	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">           Kernsymptoom 2 en 3            - Maak uw keuze -            Kernsymptoom 1            Kernsymptoom 2            Kernsymptoom 3            Kernsymptoom 1 en 2            Kernsymptoom 1 en 3  <b>Kernsymptoom 2 en 3</b>            Kernsymptomen 1 en 2 en 3         </div>
<b>Aanvullende onderzoek is nodig</b>	
Hemoglobine (Hb)	
CKD-EPI, eGFR	?
Cholesterol totaal	<input type="text"/> mmol/L
HDL-Cholesterol	<input type="text"/> mmol/L
LDL-Cholesterol	<input type="text"/> mmol/L
Glucose nuchter	<input type="text"/> mmol/L
Thyroid stimulerend hormoon (TSH)	<input type="text"/> mU/L
Roken	<input type="text"/> Ja

Bij 3 is meteen verwijzen naar de cardioloog

NB: in de regio Den Haag is ervoor gekozen om nog een vierde vraag toe te voegen voor de huisarts m.b.t. de clinical likelihood

# BIJLAGE 3: TEMPLATE RTA-POB

## **Regionale Transmurale Afspraken Pijn op de Borst**

**Regio .....**

Versie: ....

Datum: ....

# Inhoud

	Pagina
1. Inleiding	37
2. Kernboodschappen	37
3. Begrippen	37
4. Regionale Transmurale Afspraken POB- regio Haaglanden	38
5. Diagnostiek in 1e lijn	38
6. Verwijzen	39
7. Evaluatie	41
8. Behandeling in 2e lijn POB obv coronairlijden	42
9. Behandeling in 1e lijn POB obv coronairlijden	42
10. Behandeling in 1e lijn POB zonder coronairlijden	42
Bijlage 1 – Afkortingen	43
Bijlage 2 – Deelnemers	43
Bijlage 3 - Bereikbaarheid tweede lijn	43



## Kernboodschappen

Verwijzen van huisarts naar cardioloog

Terug verwijzing van cardioloog naar huisarts

## Regionale Transmurale Afspraken POB– regio (naam regio)

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 de NVVC, het NHG en Harteraad. Deze RTA-POB is opgesteld door ..... (bijvoorbeeld: cardiologen, huisartsen, verpleegkundig specialist CVRM) uit de regio..... (naam regio).

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

### Verwijzen

### Evaluatie

## 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 de 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):

1. ....

2. ....

3. ....

## Bijlage 3 - Bereikbaarheid tweede lijn

Maandag t/m vrijdag van ?? – ?? uur

- **Polikliniek cardiologie:**

In de avond, weekend en feestdagen:

- **Huisartsenpost tel:**

**Bel 112 bij acute pijn op de borst**

# BIJLAGE 4: VOORBEELD RTA-POB REGIO DEN HAAG

# 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

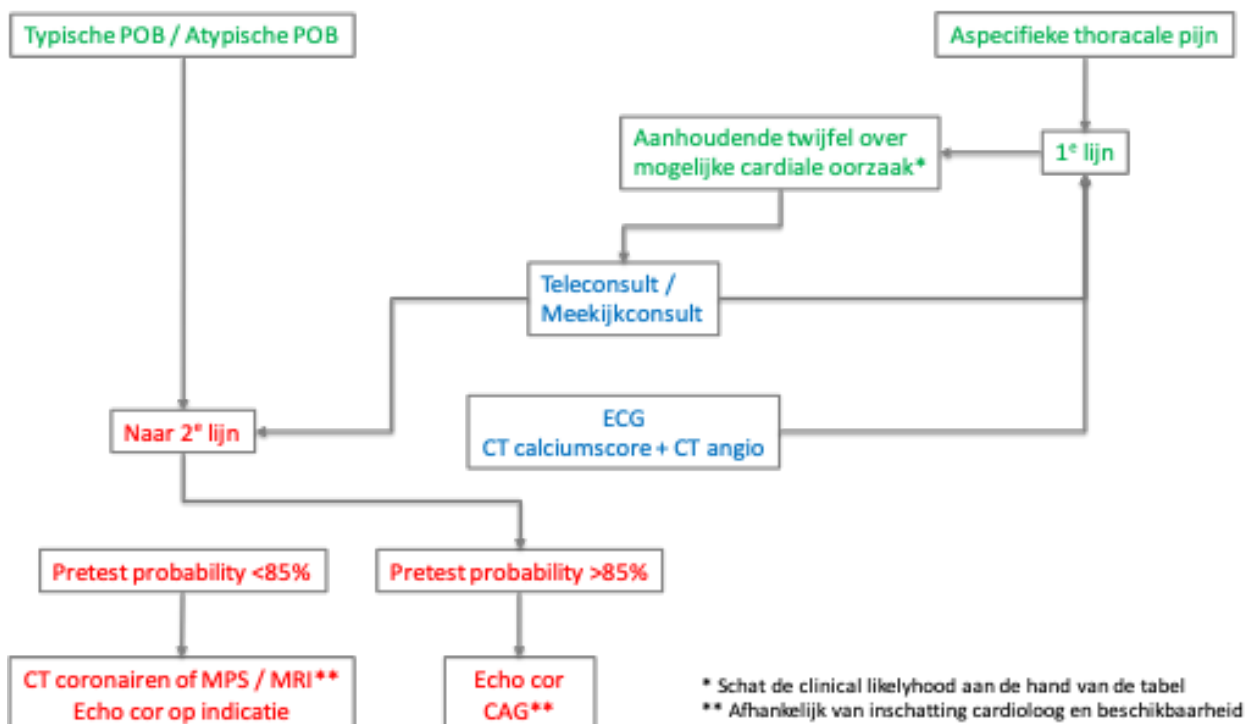
Bij een sterk vermoeden van AP (zoals bij typische AP) start de huisarts in de wachttijd van de cardioloog, met een initiële medicamenteuze behandeling, die in ieder geval bestaat uit een aanvalsbehandeling (kortwerkend nitraat) en preventieve medicatie (een trombocyten aggregatieremmer en een statine).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

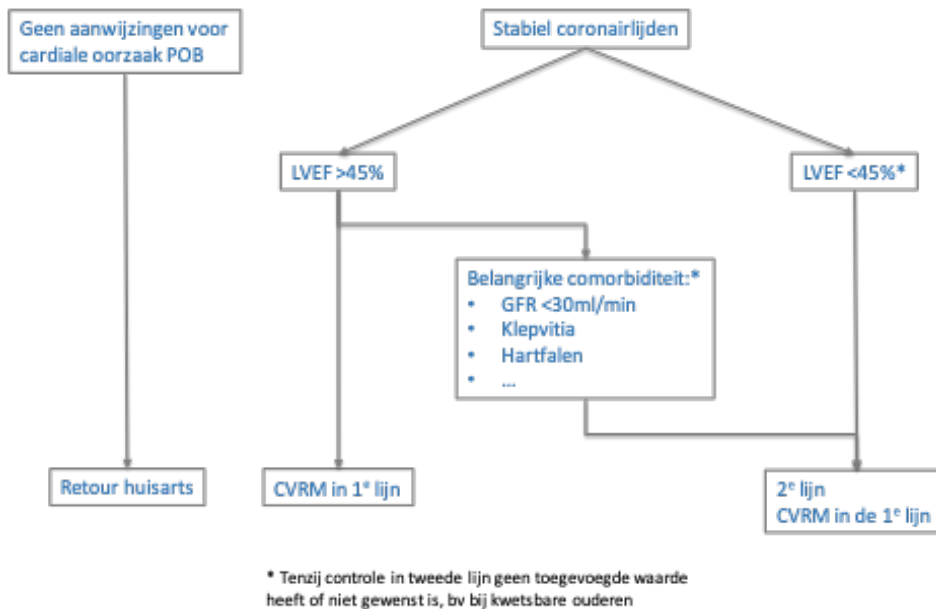
- Klachtenpatroon
- Lichamelijk onderzoek
- Medische voorgeschiedenis
- Risicofactoren HVZ
- Lab: HB, glucose, lipidenprofiel, eGFR, natrium, kalium en ACR in urine. Op indicatie TSH.
- Zo mogelijk een rust-ECG

→ 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**

