

Regionale Transmurale Afspraken

Chronische nierschade (CNS) Regio Haaglanden



Arts-enZorg



Inhoudsopgave

Regionale Transmurale Afspraken CNS – regio Haaglanden.....	2
Verwijsindicaties eerste lijn ↔ tweede lijn.....	3
Procedure bij (tele)consultatie en verwijzing:.....	5
Voorlichting aan de patiënt	6
Communicatie en rol apotheek	6
Scholing.....	6
Bijlage 1 – Deelnemers	7
Bijlage 2 – Indeling CNS stadium en risicoschatting	8
Bijlage 3 – beleid en controlefrequentie bij chronische nierschade afhankelijk van stadiëring.....	9

Regionale Transmurale Afspraken CNS – regio Haaglanden

- De RTA is gebaseerd op de [NHG standaard CNS 2018](#).
- De RTA is opgesteld door internist-nefrologen, huisartsen, apothekers en diabetesverpleegkundigen vanuit de werkgroep Haagse Nieren (bijlage 1). Daarnaast hebben andere specialisten vanuit de ziekenhuizen en vertegenwoordigers van de zorggroepen meegelezen en commentaar/input geleverd.
- De RTA beschrijft de betrokken zorgverleners en verantwoordelijkheden. Het gaat in dit document met name om de afspraken ten aanzien van de verwijzing naar de 2^e lijn en de terugverwijzing van de 2^e naar de 1^e lijn. De diagnostiek, het hoofdbehandelaarschap, de behandeling, controles, voorlichting, informatievoorziening, dossiervoering, en de rol van de POH/DVK worden in het kort benoemd.

Verwijsindicaties eerste lijn ↔ tweede lijn

HADOKS, SHG en Arts en Zorg hebben gezamenlijk met de ziekenhuizen in de regio Haaglanden -het HAGA-ziekenhuis en het HMC - afspraken gemaakt over door- en terugverwijzen van CNS patiënten. Deze afspraken zijn in onderstaand schema te lezen:

Naar wie	Indicatie
Internist-nefroloog	<p>Absoluut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermoeden van acute nierschade; • Vermoeden van een acute of chronische glomerulonefritis (dit vermoeden ontstaat vooral in geval van persisterende erythrocyturie in een mid-stream sediment in combinatie met albuminurie) • Een persisterende ernstig verhoogde albuminurie (ACR > 30 mg/mmol, of AER > 300 mg/24 uur; A3); • eGFR<30 ml/min • Vermoeden van opvlamming/recidief van een bekende onderliggende nierziekte (bv. een bekende auto-immuunziekte of glomerulopathie, recidiverende pyelonefritis, anti-refluxoperaties, nefrectomie); • Vermoeden van een erfelijke nierziekte, of een erfelijke nierziekte in de familie (bijvoorbeeld cystenieren) • Snelle progressie van chronische nierschade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Daling van de eGFR van 25% ten opzichte van de eerste meting in de afgelopen vijf jaar, in combinatie met een verslechtering in stadium van nierschade (zie stadiëringstabel), of ○ Doorgaande daling van de eGFR van >10 ml/min per 3 jaar zonder duidelijke verklaring ○ Daling van de eGFR van ten minste 5 ml/min/1,73 m²/jaar, vastgesteld met ten minste 3 metingen. <p>Relatief (overweeg eerst een teleconsult nefrologie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabiele eGFR< 45 met matig verhoogde ACR (ACR 3-30 mg/mmol) • Patiënten met CNS G3aA2-3 of CNS G3bA1 met beperkte levensverwachting of > 80 jaar • Patiënten met ernstig verhoogde albuminurie (ACR >30 mg/mmol) bij bekende oorzaak zoals DM en met stabiele CNS G1/2A3 en ruimte om de tensie regulatie te verbeteren • Bloeddruk niet op de streefwaarde met drie antihypertensiva (inclusief een diureticum)
Internist-nefroloog of Teleconsultatie nefrologie	<ul style="list-style-type: none"> • Stabiele eGFR< 45 met matig verhoogde ACR (ACR 3-30 mg/mmol) • Patiënten met CNS G3aA2-3 of CNS G3bA1 met beperkte levensverwachting of > 80 jaar • Patiënten met ernstig verhoogde albuminurie (ACR >30 mg/mmol) bij bekende oorzaak zoals DM en met stabiele CNS G1/2A3 en ruimte om de tensie regulatie te verbeteren • Bloeddruk niet op de streefwaarde met drie antihypertensiva (inclusief een diureticum)

Terugverwijzing naar huisarts	Indicatie, omschrijving
Stabiele nierfunctie Stabiele albuminurie Gereguleerde hypertensie	<ul style="list-style-type: none">• Stabiele eGFR > 30 ml/min of beperkte daling van de eGFR• Stabiele eGFR < 30 ml/min en hoge leeftijd/comorbiditeit om de belasting van ziekenhuisbezoek te voorkomen • ACR genormaliseerd of < 30 mg/mmol of geen verdere verbetering haalbaar. • Bloeddruk op streefwaarde of niet beter haalbaar. <p>Voor de invulling van de periodieke controles van patiënten met chronische nierschade die bij de huisarts onder controle zijn kan gebruik worden gemaakt van tabel 2 (zie bijlage) uit de richtlijn CNS;</p>

Procedure bij (tele)consultatie en verwijzing:

Het merendeel van de patiënten met chronische nierschade kan in de huisartsenpraktijk worden behandeld en vervolgd volgens de richtlijn chronische nierschade 2018. In deze richtlijn wordt beschreven hoe chronische nierschade wordt gediagnosticeerd en gestadieerd met behulp van de nierfunctie en albuminurie (zie bijlage 2 tabel 1 en 2). De controles en het beleid worden samengevat in bijlage 3 hieronder. Voor ondersteuning en advies kan de huisarts en/of praktijkverpleegkundige gebruik maken van een teleconsult nefrologie via zorgdomein, bij voorkeur gericht aan het ziekenhuis waar patiënt bekend is. Het doel hiervan is om de huisarts zoveel mogelijk de regie te laten houden en voor de patiënt een onnodige verwijzing naar de 2^e lijn te voorkomen.

De huisarts consulteert en verwijst eventueel na voorbereidend teleconsult naar de 2^e lijn via zorgdomein.

Elke verwijzing bevat minimaal de meest recente laboratoriumuitslagen waarop de verwijzing gebaseerd is en de huidige medicatie en eventuele recente wijzigingen die voor de nierfunctie relevant kan zijn. De kwaliteit van de verwijzing neemt sterk toe als ook het beloop van de nierfunctie en/of albuminurie over de jaren wordt aangeleverd in het consult. Als de huisarts ook een beoordeling van de diabetes wenst geeft zij dit aan in de verwijsbrief.

Berichtgeving volgt binnen drie werkdagen in het geval van een teleconsult.

In het geval van een poliklinisch consult volgt berichtgeving zodra de diagnose is gesteld en een plan van aanpak is afgesproken. Berichtgeving daarna volgt minimaal jaarlijks en eerder bij belangrijke wijzigingen.

Bij terugverwijzing wordt binnen 10 werkdagen een brief naar de huisarts gestuurd met daarin minimaal de streefwaarde van de bloeddruk en de meest recente bloeddrukmeting, labuitslagen, diagnose, huidige medicatie, en op indicatie aanvullende adviezen over de frequentie van controle en redenen voor opnieuw overleg, indien afwijkend van de adviezen in de landelijke richtlijn CNS.

In de berichtgeving geeft de specialist het ook aan als de medicatie is aangepast of zij geeft een gericht advies hierover aan de huisarts. De specialist communiceert ook duidelijk of de behandeling van de diabetes (tijdelijk) door de 2^e lijn wordt overgenomen.

Voorlichting aan de patiënt

- De zorgverlener (POH/ diabetes verpleegkundige, huisarts of specialist) geeft uitleg aan de patiënt over de ernst, aard, oorzaken/ gevolgen van de nierschade en adviseert een gezonde levenswijze (zie o.a. [NHG standaard Chronische Nierschade](#) onder “voorlichting” en de informatie op thuisarts.nl “ik heb nierschade”)
- De zorgverlener legt ook uit wat de nierfunctie betekent voor eventueel medicatiegebruik

Communicatie en rol apotheek

- De huisarts maakt bij een stabiele eGFR <60 ml/min een episode chronische nierinsufficiëntie aan (U99.01) en registreert een contra-indicatie ‘nierinsufficiëntie’.
- Voor dialyse dient door de huisarts handmatig een contra-indicatie te worden ingevoerd
- De specialist of huisarts communiceert de eGFR als deze <60 ml/min is aan de apotheek, tenzij dat al via een gekoppeld informatiesysteem gedaan is
- De apotheek bewaakt de medicatie en overlegt zo nodig met de voorschrijver
- De apotheek neemt contact op met de behandelaar als bij patiënten >70 jaar de meest recente nierfunctie bepaling langer dan 1 jaar geleden is

Scholing

- In gezamenlijk overleg tussen alle partijen wordt gekeken naar welke scholing in het kader van de RTA nodig is.
- Streven is om elke 2 jaar nascholing te organiseren voor de eerste lijn in brede zin: huisartsen, apothekers en diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners. Dat onderwijs zal ten minste gedeeltelijk casuïstisch van aard zijn en interactief. Als fysieke bijeenkomsten niet mogelijk zijn zullen de mogelijkheden voor online-onderwijs worden geëxploreerd.
- Daarnaast is het te allen tijde mogelijk voor de eerste en tweedelijns professionals om elkaar te consulteren en laagdrempelig casuïstiekbesprekingen in te plannen. Dat kan via een telefonisch overleg, een FTO, teleconsultatie, of zoomconferenties.

Bijlage 1 – Deelnemers

Samenstelling transmurale werkgroep Haagse Nieren (in alfabetische volgorde):

Margriet Asselman, diabetes- en praktijkverpleegkundige SHG, GC De Koning

Thijs Backus, huisarts SHG, GC De Koning

Anneke Boon, diabetes- en praktijkverpleegkundige SHG, GC Vaillantplein

Prataap Chandie Shaw, internist-nefroloog HMC

Marc Groeneveld, internist-nefroloog HMC

Annemieke Grootswagers-Sobels, ziekenhuisapotheker, Hagaziekenhuis

Sabine Holst, apotheker, apotheek Seinpost

Irene van der Meer, internist-nefroloog Hagaziekenhuis

Mirjam Timmerman, huisarts en kaderarts diabetes mellitus, praktijk Zonneoord

Inge Stollman, apotheker, spoedapotheek Hagaziekenhuis

Siglyn Wilsoe, diabetesverpleegkundige Hagaziekenhuis

Zie voor meer informatie over chronische nierschade en de activiteiten van de werkgroep Haagse Nieren ook de website: www.haagsenieren.nl

Bijlage 2 – Indeling CNS stadium en risicoschatting

Tabel 1. Classificatie van albuminurie

	Ochtendurine albumine/creatinine ratio (mg/mmol)	Ochtendurine albumine (mg/l)	24-uurs urine albumine (mg/24 uur)
Normaal (A1)	< 3	< 20	< 30
Matig verhoogd (A2)	3-30	20-200	30-300
Ernstig verhoogd (A3)	> 30	> 200	> 300

Tabel 2. Risicoschatting

Nierfunctie (eGFR in ml/min/ 1,73 m ²)			Albuminurie stadia (albumine/creatinine ratio in mg/mmol)		
			A1	A2	A3
Stadium	Beschrijving		Normaal < 3	Matig verhoogd 3-30	Ernstig verhoogd > 30
G1	Normaal of hoog	≥ 90			
G2	Mild afgenomen	60-89			
G3a	Mild tot matig afgenomen	45-59			
G3b	Matig tot ernstig afgenomen	30-44			
G4	Ernstig afgenomen	15-29			
G5	Nierfalen	< 15			

Legenda	Risicoschatting	Prevalentie in de algemene bevolking
	Geen chronische nierschade	88%
	Mild verhoogd risico	9,2%
	Matig verhoogd risico	2,0%
	Sterk verhoogd risico	< 1%

Bijlage 3 – beleid en controlefrequentie bij chronische nierschade afhankelijk van stadiëring

Albuminuriestadia (ACR: albumine-creatinine ratio in mg/mmol)			
Nierfunctie (eGFR) in ml/min/1,73 m ²	< 3 Normaal (A1)	3 - 30 Matig verhoogd (A2)	> 30 Ernstig verhoogd (A3)
≥ 60 Hoog normaal of mild afgenomen (G1, G2)	<ul style="list-style-type: none"> Geen controle¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen Cardiovasculaire risicoschatting, CNS als additionele risicofactor meewegen³ Controle 1 x per jaar 	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden⁵ voorkeur: RAS-remmer Influenzavaccinatie Controle 2 x per jaar Verwijzing internist-nefroloog⁴
45-59 Mild tot matig afgenomen (G3A)	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen, medicatiebewaking² Cardiovasculaire risicoschatting, CNS als additionele risicofactor meewegen³ Controle 1 x per jaar 	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen, medicatiebewaking² Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden⁵, voorkeur: RAS-remmer Influenzavaccinatie Controle 2 x per jaar 	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen, medicatiebewaking² Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden⁵, voorkeur: RAS-remmer Influenzavaccinatie Controle 2-4 x per jaar (Inclusief metabole complicaties) Verwijzing naar internist-nefroloog⁴
30-44 Matig tot ernstig afgenomen (G3B)	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen, medicatiebewaking² Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden⁵ Influenzavaccinatie Controle 2 x per jaar 		
15-29 Ernstig afgenomen (G4)	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen, medicatiebewaking² Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden⁵ Influenzavaccinatie Overweeg nierfunctievervangende therapie Controle 2-4 x per jaar (Inclusief metabole complicaties) Verwijzing naar internist-nefroloog⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen, medicatiebewaking² Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/L; individualisering streefwaarden⁵, voorkeur: RAS-remmer Overweeg nierfunctievervangende therapie Controle 2-4 x per jaar (Inclusief metabole complicaties) Verwijzing naar internist-nefroloog⁴ 	
< 15 Nierfalen (G5)	<ul style="list-style-type: none"> Leefstijladviezen, medicatiebewaking² Behandeling gericht op maximaal behoud van nierfunctie en behandeling van symptomen Influenzavaccinatie Controle ≥ 4 x per jaar (Inclusief metabole complicaties) Verwijzing naar internist-nefroloog⁷ 		

■ Geen CNS¹ ■ Mild verhoogd risico ■ Matig verhoogd risico ■ Sterk verhoogd risico

- Alleen bij vastgestelde CNS (bijvoorbeeld bij een specifieke nierziekte): controle één keer per jaar: eGFR, ACR, cardiovasculair risicoprofiel inclusief bloeddrukmeting.
- Medicatiebewaking: ken ICPC-code nierinsufficiëntie toe, activeer medicatiebewaking, pas zo nodig dosering bestaande medicatie aan en geef actuele nierfunctie door aan apotheker.
- Bij gebruik van de CVRM-risicotabel schuift de patiënt één risicocategorie omhoog (bijvoorbeeld van matig naar hoog (van geel naar rood)).
- In principe verwijfsindicatie: bovenstaand beleid indien patiënten toch onder behandeling van de huisarts onder controle zijn.
- In overleg met de patiënt op basis van leeftijd, aard van de nierziekte en comorbiditeit.
- Verwijsindicatie: besluitvorming en voorbereiding nierfunctievervangende therapie.
- Verwijsindicatie: bovenstaand beleid indien de patiënt afziet van nierfunctievervangende behandeling.