



Rijnstate



Onze Huisartsen

Ketenzorg
Arnhem

Verwijzing, consultatie en gedeelde zorg chronische nierschade bij volwassenen 2021

Gezonde Gelderse glomeruli (G3)

Inhoud

Doelstelling G3	3
Verwijzing	4
Verwijzing	4
Verwijzing naar de uroloog	4
Verwijzing naar internist-nefroloog	4
Indicaties voor verwijzing.....	4
Aandachtspunten wanneer de huisarts overweegt niet te verwijzen:	4
Beleid in 2 ^e lijn CNS.....	5
Terugverwijzen	5
Consultatie	6
Eenmalige consultatie ketenzorg	6
Directe consultatie internist-nefroloog	6
Eenmalige digitale consultatie internist-nefroloog	6
Mee te sturen gegevens in de consultatie:.....	6
Gedeelde zorg	7
Welke patiënten komen in aanmerking voor gedeelde zorg	7
Benodigde afstemming huisarts en internist-nefroloog bij gedeelde zorg.....	7

Doelstelling G3

Regionale afstemming beleid rond diagnostiek, behandeling en verwijzen van patiënten met chronische nierschade in de 1e en 2e lijn in regio Arnhem G3 (Gezonde Gelderse Glomeruli).

Tabel 1 Stadiering chronische nierschade

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

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

Verwijzing

Naar de tekst van de NHG-Standaard

Verwijzing

Verwijzing vindt plaats via zorgdomein en gaat ten koste van eigen risico patiënt.

Verwijzing naar de uroloog

Verwijs naar de uroloog bij verminderde nierfunctie in combinatie met een of meer van onderstaande punten:

- Afwijkende echo, behalve bij erfelijke cystenieren, dan naar de nefroloog verwijzen;
- Flankpijn;
- Koorts;
- Hematurie;
- Mictieklachten.

Verwijzing naar internist-nefroloog

Indicaties voor verwijzing

1. Bij chronische nierschade met mild tot matig verhoogd risico (geel en oranje in tabel 1) in de volgende gevallen:⁴⁰⁾
 - vermoeden van acute nierschade
 - een persisterende ernstig verhoogde albuminurie (ACR > 30 mg/mmol)
 - een matig ernstige albuminurie die niet verklaard wordt door diabetes en/of hypertensie en dus een andere oorzaak heeft;
 - de aanwezigheid van $\geq 40\%$ dysmorphe erythrocyten (bij ten minste 20 erythrocyten/ μ l) en/of de aanwezigheid van erythrocyten celcilinders in het urinesediment
 - vermoeden van of een bekende onderliggende nierziekte (auto-immuunziekte, recidiverende pyelonefritis, anti-refluxoperaties, nefrectomie)
 - vermoeden van een erfelijke nierziekte, of een erfelijke nierziekte in de familie (bijvoorbeeld cystenieren)
 - snelle progressie van chronische nierschade:
 - 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, of
 - daling van de eGFR van ten minste 5 ml/min/1,73 m²/jaar, vastgesteld met ten minste drie metingen
2. Bij chronische nierschade met sterk verhoogd risico (rood in tabel 1):
Het wordt aanbevolen patiënten met een sterk verhoogd risico te verwijzen naar de internist-nefroloog, tenzij er redenen zijn om dit niet te doen (bijvoorbeeld als de patiënt na adequate voorlichting kiest voor behandeling in de eerste lijn).

Aandachtspunten wanneer de huisarts overweegt niet te verwijzen:

1. Wees bedacht op eventuele metabole complicaties, anemie en/of ondervoeding bij een sterk verminderde nierfunctie. De kwaliteit van leven verbetert wanneer dit tijdig bijgesteld wordt.
2. Is diagnostiek naar mogelijk behandelbare oorzaak toch nuttig? Als er specifieke richtinggevende gegevens zijn, die bijvoorbeeld wijzen op een glomerulaire aandoening of een systeemziekte, wordt de indicatie voor een nierbiopt afgewogen op basis van therapeutische of prognostische consequenties.
3. Tijdige verwijzing (bij eerste eGFR < 30 ml/min/1,73m²) naar de 2e lijn verbetert de uitkomsten van nierfunctievervangende behandeling.

4. Na besluitvorming over wel of niet t.z.t. starten met nierfunctievervangende therapie, kan de patiënt snel terug worden verwezen. De huisarts kan aangeven in de verwijsbrief indien dit gewenst is.

Beleid in 2^e lijn CNS

Het beleid in de 2^e lijn berust op 4 pijlers:

1. Diagnostiek naar (evt behandelbare) oorzaak nierfalen
→ Als specifieke richtinggevende gegevens aanwezig zijn, die bijvoorbeeld wijzen op een glomerulaire aandoening of een systeemziekte, wordt de indicatie voor een nierbiopt afgewogen op basis van therapeutische of prognostische consequenties.
2. CVRM
→ Indien een patiënt is verwezen naar de nefroloog zal de nefroloog zorgdragen voor het volledige CVRM, tenzij hij/zij dit nadrukkelijk bij de huisarts laat. Dit wordt binnen 3 maanden gecommuniceerd naar de huisarts middels een brief.
In principe zal de nefroloog ook de diabeteszorg overnemen. Als dat niet het geval is (bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt) dan:
 - Moet dit duidelijk in de brief worden gemeld
 - Moet de patiënt goed geïnstrueerd worden wie het aanspreekpunt is voor welke problemen.
3. Behandelen metabole en andere complicaties nierfalen
→ Globaal wordt gehanteerd: EPO bij een HB 6.4 (m/v); verwijzing diëtist voor eiwitbeperking eGFR < 25; PTH > 12 behandelen renale osteodystrofie.
4. Besluitvorming over wel of niet t.z.t. starten met nierfunctievervangende therapie.
→ Ernst comorbiditeit is een criterium voor het al dan niet voorstellen van nierfunctievervangende behandeling

Tijdige verwijzing van patiënten met progressieve nierschade, waarbij noodzaak tot start nierfunctievervangende behandeling binnen één tot twee jaar te verwachten is, wordt aanbevolen om deze patiënten multidisciplinair voor te bereiden op nierfunctievervangende behandeling door een gestructureerd programma. Conservatieve behandeling is aangewezen voor patiënten die ervoor kiezen af te zien van nierfunctievervangende behandeling (zie ook de richtlijnen Nierfunctievervangende behandeling: wel of niet? en Palliatieve zorg bij eindstadium nierfalen). Indien een patiënt en/of het medisch team niet kiest voor nierfunctievervangende behandeling moet deze patiënt, indien door hem/haar gewenst, multidisciplinair ondersteund worden in de eerste en/of tweede lijn, met aandacht voor medische, psychologische en sociaal-culturele aspecten. Overweeg niet te verwijzen bij beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit.

Terugverwijzen

De internist-nefroloog kan de patiënt, bijvoorbeeld na afronding van specialistische diagnostiek of optimalisatie van medicatie bij een stabiele patiënt, terugverwijzen naar de eerste lijn. Hij geeft daarbij aan de huisarts aan welke controles zijn geïndiceerd en bij welke ontwikkelingen hij de patiënt terug wil zien of de huisarts de specialist dient te consulteren;

Consultatie

Enmalige consultatie ketenzorg

Voor patiënten die deelnemen aan één van de ketenzorg programma's is het reeds mogelijk om via Calculus VIPLive een kaderarts te consulteren. De POH kan, na overleg met de huisarts, deze consultatie starten met het vakteam (kaderarts/consulent). Zo nodig wordt de vraag door de kaderarts naar de specialist die betrokken is bij het betreffende ketenzorgprogramma doorgestuurd. Binnen 5 werkdagen ontvangt de huisartsenpraktijk antwoord.

Aan deze mogelijkheid zijn geen kosten of vergoedingen verbonden.

Directe consultatie internist-nefroloog

Voor patiënten met chronische nierschade wordt consultatie van een internist-nefroloog geadviseerd bij twijfel of verwijzing zinvol is en adviezen over de behandeling bij patiënten die in de eerste lijn behandeld willen worden, ondanks een verwijsindicatie. Dit kunnen onder andere vragen zijn over:

- de progressie van de nierschade,
- therapieresistente hypertensie en
- afwijkende laboratoriumuitslagen wijzend op metabole complicaties.

Er zijn twee vormen van consultatie: eenmalig en doorlopend (gedeelde zorg).

Enmalige digitale consultatie internist-nefroloog

Digitale consultatie vindt plaats via Calculus VIPLive. De huisarts dient te vermelden voor welke nefroloog dit bestemd is indien patiënt daar reeds bekend is.

Zowel huisarts als specialist ontvangen een vergoeding. Voor de patiënt zijn hier geen kosten aan verbonden.

Dit betreft patiënten met chronische nierschade met

1) Mild of matig verhoogd risico (geel of oranje in [tabel 1](#)):

- Bij vragen van de huisarts waarbij een verwijzing kan worden voorkomen.
- Bij matig verhoogde albuminurie: een verdere stijging van de albuminurie ondanks adequate behandeling van de bloeddruk;
- Bij snellere nierfunctie-achteruitgang dan verwacht;
- Bij nierschade en een moeilijk behandelbare hypertensie;
- Bij twijfel of verwijzing zinvol is.
- Bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit

2) Sterk verhoogd risico (rood in [tabel 1](#))

- Bij patiënten met een stabiele nierfunctie indien er specifieke expertise vereist is over bijvoorbeeld medicatie, prognose of metabole stoornissen.
- Voor adviezen over de behandeling bij patiënten die in de eerste lijn behandeld willen worden ondanks een verwijsindicatie. Hierbij heeft gezamenlijke zorg de voorkeur boven consultatie.

Mee te sturen gegevens in de consultatie:

- Heldere vraagstelling
- anamnestiche gegevens en gegevens uit lichamelijk onderzoek (bloeddruk/beloop)
- eGFR, mate van albuminurie, uitslag van sedimentonderzoek op specifieke afwijkingen (indien verricht) en beloop
- indien verricht: uitslag van echografie van de nieren
- medische voorgeschiedenis
- actueel medicatieoverzicht (waaronder ook allergieën)
- bijzondere psychosociale omstandigheden

Voorwaarden voor consultatie:

- Consultatie kan alleen door huisarts gedaan worden.
- Geen spoed; antwoord van specialist binnen 3 werkdagen te verwachten.
- Consulteren naar professionaliteit; niet elke afwijkende labwaarde door-consulteren.
- Verslaglegging in HIS en ZIS

Gedeelde zorg

Gedeelde zorg verloopt tevens via Calculus VIPLive (digitale consultatie specialist). De huisarts dient hiervoor elke keer een nieuwe consultatie in met daarbij de vermelding voor welke nefroloog dit bestemd is.

Zowel de huisarts als specialist ontvangen een vergoeding hiervoor.

Voor de patiënt zijn hier geen kosten aan verbonden.

Welke patiënten komen in aanmerking voor gedeelde zorg

Dit betreft patiënten met een sterk verhoogd risico die deels in de eerste lijn worden begeleid:

- Niet-palliatieve fase: screening op metabole complicaties gebeurt in de tweede lijn, CVRM vindt in de eerste lijn plaats. Bijv:
 1. Patiënt komt 2x per jaar bij de nefroloog en 2x per jaar bij de huisarts.
 2. Patiënt komt niet (fysiek) bij de nefroloog, maar nefroloog kijkt mee.Bij allebei de situaties zet de huisarts elke controle een digitale consultatie in naar betreffende nefroloog (naam nefroloog erbij vermelden). De nefroloog is daardoor op de hoogte van eerstelijns metingen, geeft advies over interpretatie van de uitslagen en sluit de consultatie weer af.
Tip: huisarts plant in zijn eigen agenda 2x per jaar in dat een digitale consultatie naar de nefroloog wordt ingezet.
- Palliatieve fase: Zorg vindt plaats in de eerste lijn met ondersteuning van de nefroloog. De huisarts zet bij elke controle een digitale consultatie in naar betreffende nefroloog (naam erbij vermelden). De nefroloog geeft advies wat en wanneer te prikken en geeft advies na interpretatie van de uitslagen.
De huisarts kan ten alle tijden laagdrempelig bellen met de (bij voorkeur eigen) nefroloog. Die kan daarbij in VIPLive alle uitslagen, medicatie en comorbiditeit zien.

Benodigde afstemming huisarts en internist-nefroloog bij gedeelde zorg

Indien in overleg tussen de huisarts en de specialist wordt besloten tot gedeelde zorg, worden afspraken gemaakt m.b.t.:

- Controlebeleid: wanneer wordt de patiënt gezien door de huisarts, wanneer door de specialist;
- Wie is het aanspreekpunt voor de patiënt;
- Wie vraagt welk aanvullend onderzoek aan;
- Uitslagen van aangevraagd onderzoek moeten idealitair naar beide behandelaars.
- Wie schrijft welke medicatie voor;
- Leefstijladviezen: adviezen dienen eensluidend te zijn;
- Wanneer vindt overleg tussen de huisarts en specialist plaats;
 - Hoe vaak, op welke momenten en hoe moet worden overlegd;
 - Hoe worden afspraken vastgelegd.

Telefonisch

Telefonisch een vraag stellen kan altijd. Dit blijft handig met name in de palliatieve fase. De nadelen hiervan zijn:

1. Doorbreekt de dagelijkse werkzaamheden van betrokkenen
2. Bereikbaarheid kan lastig zijn
3. De nefroloog beschikt niet over de relevante gegevens
4. Er komt niet automatisch een notitie van de afspraken in het HIS en ZIS