

Zorgprogramma CVRM

HUS



Inhoudsopgave

Inhoud

1. Inleiding.....	2
1.1 Doel.....	2
1.2 Leeswijzer	2
2. Zorgproces:.....	3
3. Diagnostische fase en inclusie- en exclusiecriteria.....	3
3.1 Inclusie- en exclusiecriteria:.....	4
3.1.1 Inclusiecriteria:.....	4
3.1.2. Exclusiecriteria:	7
4. Intakefase; opstellen Risicoprofiel	8
Anamnese.....	8
Lichamelijk onderzoek.....	9
Aanvullende diagnostiek (zie ook LESA Laboratoriumdiagnostiek CVRM)	9
Evaluatie en risicoschatting.....	10
5. Instelfase	13
5.1 Persoonsgerichte zorg.....	14
5.2 Beleid.....	15
5.2.1. Niet-medicamenteuze adviezen	18
5.2.3 Medicamenteuze adviezen	18
5.2.3.1 Cholesterol.....	18
5.2.3.2 Bloeddruk	20
5.2.3.4.Antistollingsbehandeling.....	23
6. Stabiele Fase/ Follow up.....	24
7. Verwijzing.....	25
8. Regionale Samenwerkingsafspraken betreffende terugverwijzingvan 2e naar 1e :.....	27
Bijlage 1 No show beleid	30
Bijlage 2 Toelichting bij het gebruik van de nieuwe SCORE-tabel.....	31
Bijlage 3: Gedelegeerde taken Doktersassistente.....	32
Bijlage 4: Benchmark indicatoren volgens InEEN.....	33
Bijlage 5: Stroomschema Inclusiecriteria CVRM	36
Bijlage 6: Exclusiecriteria CVRM	38
Bijlage 7: Casefinding CVRM.....	40

1. Inleiding

In dit document is de inhoud van het zorgprogramma Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) van Huisartsen Utrecht Stad vastgelegd. In het zorgprogramma vindt u het zorgprotocol voor de huisartsenpraktijk en een overzicht van de verwijsmogelijkheden en -criteria, volgens Landelijke Transmurale Afspraken LTA's en Landelijke Samenwerkingsafspraken LESA 2019. In het zorgprogramma CVRM is de huisarts de hoofdbehandelaar en regievoerder over het (keten-) zorgproces, hij/zij is medisch eindverantwoordelijk voor de behandeling. De hoofdbehandelaar stelt de behandeling vast in samenspraak met de patiënt en zijn/haar cliëntsysteem, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens verantwoordelijkheid. Samen met de patiënt wordt een individueel zorgbehandelplan opgesteld en de uitvoering daarvan bewaakt. Waar nodig wordt verwezen naar ketenpartners die, onder regie van de hoofdbehandelaar, specifieke zorgtaken op zich nemen.

Het zorgprogramma is gebaseerd op de NHG-Standaard CVRM (M84), Landelijke Transmurale Afspraken LTA's 2013, Landelijke Samenwerkingsafspraken LESA 2019 en praktische handleiding NHG standaard CVRM 2019 versie 2.1.

1.1 Doel

Dit zorgprogramma is bestemd voor bij zorggroep Huisartsen Utrecht Stad (HUS) aangesloten huisartsen, praktijkondersteuners en ketenpartners die multidisciplinaire zorg verlenen aan patiënten van 18 jaar en ouder die op basis van de inclusie- en exclusiecriteria opgenomen worden in de eerstelijns chronische zorgprogramma CVRM.

Het doel van dit zorgprogramma is drieledig:

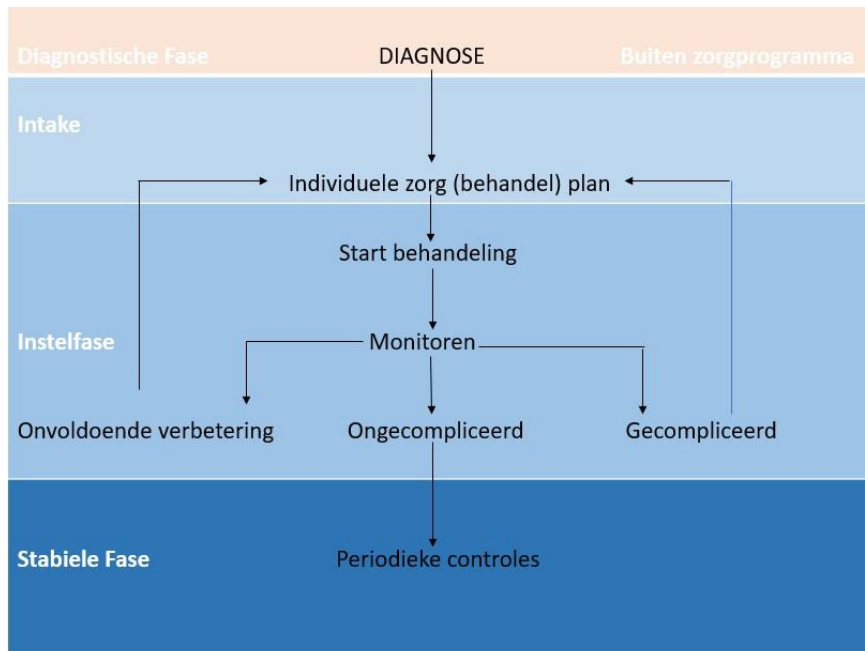
- het is een praktische handleiding;
- het is een uitwerking van de overeenkomst CVRM, die huisartsen en ketenpartners met HUS moeten sluiten;
- het bevat geformaliseerde regionale en landelijke samenwerkingsafspraken met alle betrokken ketenpartners.

1.2 Leeswijzer

Het zorgprogramma is opgebouwd conform de fasen van het zorgproces (zie schema). De diagnostische fase valt buiten de DBC, maar wordt wel beschreven in het zorgprogramma, vanwege het belang voor inclusie in de keten.

In hoofdstuk 3 worden de diagnostische fase en inclusie- en exclusiecriteria beschreven, hoofdstuk 4 beschrijft de intake, hoofdstuk 5 de instelfase en hoofdstuk 6 gaat in op de stabiele behandel fase. De verwijsmogelijkheden en -criteria zijn beschreven in hoofdstuk 7. Verspreid in het zorgprogramma zijn kaders opgenomen met verwijzingen naar actuele onderzoeken en inzichten uit de literatuur. Deze zijn ter kennisname.

2. Zorgproces:



3. Diagnostische fase en inclusie- en exclusiecriteria

Cardio Vasculair Risico Management (CVRM) staat voor diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ) inclusief leefstijladviezen, medicamenteuze adviezen en begeleiding van patiënten met een verhoogd risico op ziektes of sterfte door HVZ.

De Leidraad 'Selectie van CVRM-patiënten voor inclusie in een zorgprogramma CVRM' Versie 2021 van in Ineen is uitgangspunt voor het includeren van de doelgroep

Er zijn 2 groepen patiënten:

- Nieuwe CVRM patiënten: hierbij wordt gebruik gemaakt van de herziene inclusie criteria
- Patiënten die in het verleden waren opgenomen in het zorgprogramma cardiovasculair risicomanagement (CVRM): wij adviseren bij deze patiënten tijdens de jaarcontrole kritisch te bekijken of hij/zij nog steeds voldoet aan de inclusiecriteria

3.1 Inclusie- en exclusiecriteria:

3.1.1 Inclusiecriteria:

CVRM: (zeer) hoog risico:

Inclusiecriteria¹:

- > 70 jaar EN Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen²
(zie stroomschema pagina 3)

- ≥ 18 jaar en < 70 jaar EN minimaal één (1) van de onderstaande criteria:
 - Indicatie voor medicamenteuze behandeling (C02, C03, C07, C08 en/of C09) bij hypertensie (K86, K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T 93) volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)³
 - Matig of ernstige chronische nierschade
 - K74 angina pectoris (incl subcategorieën instabiele AP en stabiele AP)
 - K75 acuut myocardinfarct
 - K76 ischemische hartziekte (IHZ)
 - K76.01 Coronairsclerose
 - K76.02 myocardinfarct (> 4 weken geleden)
 - K89 Retinalis trombose (zien we als TIA)
 - K89 TIA
 - K 90 CVA (incl. subcategorieën : subarachnoïdale- en intracerebrale bloeding en cerebraal infarct)
 - K91 atherosclerose⁴
 - K92.01 PAV/claudicatio intermittens
 - K99.01 Aneurysma aortae

Exclusiecriteria

- Patient die in het zorgprogramma voor Diabetes Mellitus type 2 (DM2) zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen.

¹ Gebaseerd op de herziene versie van de [Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement \(CVRM\)](#).

² Bij personen > 70 jaar wordt de SCORE niet bepaald. Inclusie in ketenzorg programma is afhankelijk van kwetsbaarheid, aanwezige ziekte en/of risicofactoren. Het addendum voor ouderen maakt deel uit van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement.

³ Volgens de herziene versie van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is sprake van een indicatie voor medicamenteuze behandeling bij hypertensie en/of hypercholesterolemie bij minimaal één (1) van de onderstaande criteria:

- Berekende SCORE* op sterfte door HVZ ≥ 5% en < 10, hoog risico**
- Berekende SCORE* op sterfte door HVZ ≥ 10%, zeer hoog risico
- Totaal Cholesterol (TC) > 8 mmol/l en/of Systolische Bloeddruk (SBD) ≥ 180 mmHg

* Bij patiënten voor wie de SCORE-tabel niet geschikt is kunnen alternatieve risicoscores worden gebruikt om de informatievoorziening en besluitvorming te faciliteren. (zie tabel 3 in de CVRM richtlijn op de NHG website die hier voorbeelden van geeft). (opmerking: Alternatieve scoretabellen zijn alleen voor risicocommunicatie met patiënt, niet voor het bepalen van behandelstrategie, daarvoor alleen tabel 1 en risico op sterfte in SCORE, en addendum voor 70+)

** Volgens de nieuwe richtlijn multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement dient bij een risico op sterfte door HVZ ≥ 5% en < 10% medicatie te worden overwogen. Volgens de internationale GRADE-systematiek voor het ontwikkelen van richtlijnen wordt het begrip 'overweeg' alleen gebruikt als uit onderzoek blijkt dat er van sprake is van 'redelijk bewijs'. Dit betekent in de praktijk dat er bij de term 'overweeg' volgens de richtlijn sprake is van een 'indicatie voor medicatie'.

⁴ Een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie (zie de herziene versie van de [richtlijn Cardiovasculair risicomanagement \(CVRM\)](#)).

Samenvatting addendum ouderen : indicatie voor medicatie is inclusiecriteria voor ketenzorg			
Stroomschema voor inclusie en behandeling			
		Bloeddruk	Cholesterol
niet kwetsbaar	Wel HVZ	Start medicatie bij systole >160 mmHg	Start medicatie aanbevolen
		Stop niet tenzij hinderlijke bijwerkingen	Stop niet tenzij hinderlijke bijwerkingen
	Geen HVZ	Overweeg medicatie bij systole >160 mmHg	Start alleen bij hoog geschat risico en voldoende levensverwachting
		Stop niet tenzij hinderlijke bijwerkingen	Addendum doet geen uitspraak
kwetsbaar	Wel HVZ	Aanbevolen bij systole >160 mmHg en voldoende levensverwachting	Overweeg na recent event en voldoende levensverwachting
		Laagdrempelig stoppen bij bijwerkingen en geringe levensverwachting	Overweeg te stoppen bij bijwerkingen of geringe levensverwachting
	Geen HVZ	Overweeg medicatie bij systole >160 mmHg En voldoende levensverwachting	Starten ontraden
		Laagdrempelig stoppen bij bijwerkingen en geringe levensverwachting	Stoppen aanbevolen

Opstellen van een risicoprofiel gebeurt:

1. op initiatief van de patiënt (bijv. als vervolg op de risicoscore in het kader van het online NHGpreventieconsult)
2. op initiatief van de huisarts/POH op basis van signalering bij spreekuurbezoek van de patiënt
3. naar aanleiding van een verwijzing vanuit elders
4. door casefinding op basis van extractie van patiëntgegevens vanuit het HIS.

Op initiatief van huisarts/POH

Werkwijze controle op inclusie van patiënten die in het verleden waren opgenomen in het zorgprogramma CVRM: Bij de jaarcontrole of opnieuw op te roepen patiënt wordt bekeken of een patiënt terecht in het zorgprogramma/DBC CVRM zit.

- Leeftijd < 18 jaar → niet zorgprogramma CVRM
- Is de patiënt geïnccludeerd in zorgprogramma DM2 of zorgprogramma kwetsbare ouderen → niet in zorgprogramma CVRM
- Is er sprake van een hart- en vaatziekte HVZ? (zie ICPC-codes in de tabel met inclusiecriteria) en is huisarts hoofdbehandelaar? → Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor zorgprogramma CVRM - Matig of ernstige chronische nierschade → Hoog Risico/Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor zorgprogramma CVRM

- Ga bij patiënten met VVR na of destijds de diagnose terecht is gesteld en de medicamenteuze behandeling terecht is gestart, maak hierbij de klinische inschatting of de patiënt (nog) in aanmerking zou komen voor opname in het zorgprogramma CVRM met gebruik van de SCOREtabel. Bij twijfel of de patiënt destijds terecht gestart is met medicatie overweeg medicatie te stoppen en een SCORE op te maken om te zien of behandeling geïndiceerd is. Als dit niet het geval is het zorgprogramma CRVM beëindigen.
- Bij patiënten > 70 jaar gelden de criteria uit het addendum ouderen. → Heroverweeg medicatie en opname in het zorgprogramma CVRM¹

Casefinding conform de NHG-standaard

De NHG standaard geeft aan dat ook de volgende patiëntengroepen in aanmerking komen voor een cardiovasculaire risicoprofiel:

- diabetes mellitus
- chronische nierschade (eGFR <60 ml/min/1,73 m² en/of albumine-creatinineratio ≥ 3 mg/mmol)
- belaste familieanamnese voor premature hart- en vaatziekten (eerstegraads man ≤ 55 jaar of vrouw ≤ 65 jaar)
- vermoeden van erfelijke dyslipidemie (zie [NHG-Standpunt Familiaire hypercholesterolemie](#))
- risicofactoren, zoals roken, obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²), verhoogde bloeddruk of cholesterol
- COPD
- reumatoïde artritis²

Overweeg om een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen bij:

- patiënten met ankyloserende spondylitis, artritis psoriatica, jicht, kanker in het verleden, hiv-infectie, inflammatoire darmziekten, het obstructieve slaapapneusyndroom, overgewicht (BMI ≥ 25)
- patiënten met een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara), Hindoestaanse, Aziatisch-Surinaamse of Caribische achtergrond Vrouwen ≥ 45 jaar met pre-eclampsie of zwangerschapshypertensie in de voorgeschiedenis: overweeg screening om de vijf jaar op hoge bloeddruk en DM.

Het opstellen van een risicoprofiel dient altijd te worden aangeboden aan patiënten die bekend zijn met:

- SBD > 140 mmHg
- TC > 6,5 mmol/l
- roken ≥ 50 jaar
- antihypertensiva- of statinegebruik
- een belaste familieanamnese voor HVZ, gedefinieerd als 'een vader, moeder, broer of zus die voor het 65e levensjaar een hart- en vaatziekte heeft'.

Omdat patiënten die antipsychotica gebruiken door meerdere factoren een verhoogd risico hebben, wordt voor deze patiënten ook een risicoprofiel opgesteld

Conclusie:

SCORE op sterfte door HVZ tussen ≥5% en =10% → Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM

¹ <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/05/20210503-Leidraad-implementatie-inclusie-en-exclusie-criteria-CVRM-2021.pdf>

² <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement>

- SCORE op sterfte door HVZ $\geq 10\%$ → Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM

- >70 jaar en volgens addendum indicatie medicatie → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM

\Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is komen inaanmerking voor het zorgprogramma CVRM. Vervolgens checkt de huisarts/POH op generieke inclusie- en exclusiecriteria en neemt samen met de patiënt het besluit te includeren in het zorgprogramma nadat de patiënt over de zorgverlening geïnformeerd is en de bereidheid en motivatie voor deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma is getoetst³

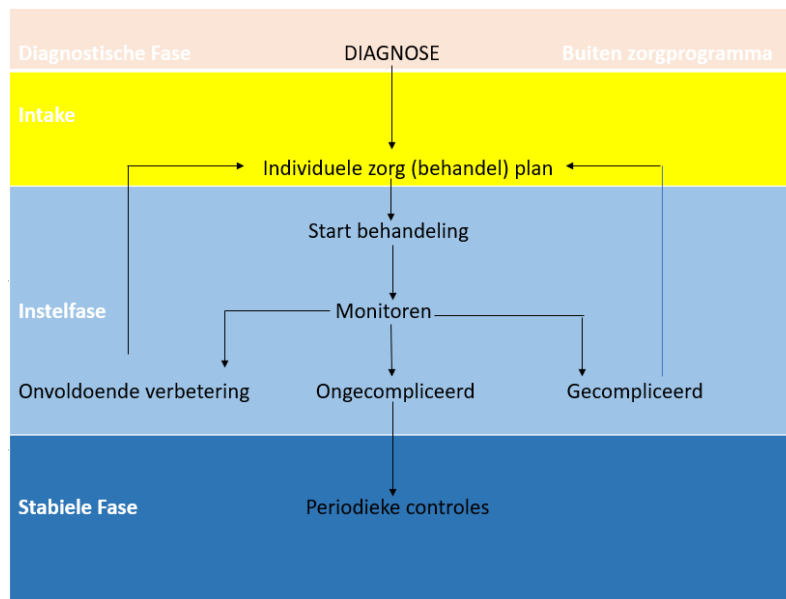
3.1.2. Exclusiecriteria:

Een patiënt kan elk moment worden uitgeschreven uit de DBC. De huisarts is verplicht de patiënt uit de DBC CVRM te verwijderen indien:

- patiënten met laag-matig risico
- de patiënt in ketenzorg DM2 is geïncludeerd;
- Familiaire hypercholesterolemia waarvoor behandeling in de 2^e lijn.
- Patiënten met hypertensie als gevolg van specifieke aandoeningen, zoals nierarteriestenose of feochromocytoom
- Patiënten met multimorbiditeit waar behandeling volgens het zorgplan CVRM niet (meer) zinvol is, zoals patiënten met palliatieve en/of terminale zorg, of kwetsbare ouderen met een beperkte levensverwachting
- de patiënt - al dan niet tijdelijk
 - voor behandeling van de HVZ en/of CVRM is overgedragen aan de specialist in de 2e lijn. Deze bepaling geldt niet voor die zorgproducten van de 2e lijn die in de DBC beschreven staan;
- > 70 jaar met verhoogd 10-jaarsrisico op sterfte door HVZ van $\geq 10\%$ zónder K86, K87 of T93 of gebruik van medicatie daarvoor de patiënt (bijv. door persoonlijke omstandigheden) niet meer wil deelnemen aan de chronische zorg CVRM of in overleg met de huisarts besluit dat deelname aan de zorgprogramma niet zinvol meer is;
- er sprake is van no show (Zie bijlage 1)

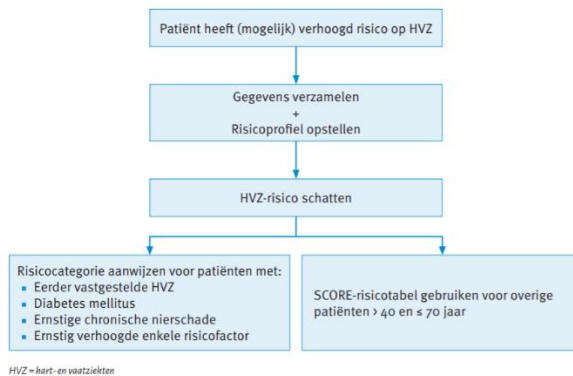
³ <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/05/20210503-Leidraad-implementatie-inclusie-en-exclusie-criteria-CVRM-2021.pdf>

4. Intakefase; opstellen Risicoprofiel



Het cardiovasculair risicoprofiel is een overzicht van risicofactoren voor hart- en vaatziekten, dat wordt vastgesteld door middel van anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek [figuur 1].

Figuur 1 Risicoprofieling



Stel een cardiovasculair risicoprofiel op bij patiënten die genoemd zijn bij inclusiecriteria:

Anamnese

Vraag naar:

- roken, voeding (in het bijzonder zout en verzadigde vetzuren), alcoholgebruik en lichamelijke activiteit (zie de NHG-Zorgmodules Leefstijl en [bijlage 1];
- eerder vastgestelde hart- en vaatziekten, DM, chronische nierschade, RA, artritis psoriatica, COPD, jicht, ankyloserende spondylitis, kanker in het verleden, hiv-infectie, inflammatoire darmziekten en pre-eclampsie of zwangerschapshypertensie in de voorgeschiedenis;
- een belaste familieanamnese voor premature hart- en vaatziekten (een eerstegraads mannelijk familielid ≤ 55 jaar of eerstegraads vrouwelijk familielid ≤ 65 jaar);

Monique Prinssen Kaderarts CVRM, Gertrud van Vulpen | HUS

- psychosociale risicofactoren, zoals lage sociaaleconomische status, stress op het werk en in het gezin, sociale isolatie, psychiatrische aandoening;
- secundaire oorzaken (circa 5-15%) van een verhoogde bloeddruk: zout, drop, NSAID's, orale anticonceptiva, drugs (amfetamine, cocaïne), slaapapneusyndroom.

Lichamelijk onderzoek

- Pols (in verband met casefinding atriumfibrilleren).
- Bloeddruk:
 - Gebruik voor de risicoschatting meerdere spreekkamermetingen.
 - Verricht bij een mogelijke behandelindicatie ook een ambulante meting om wittejashypertensie uit te sluiten:
 - eerste keus is een 24-uursmeting;
 - tweede keus is een geprotocolleerde thuismeting met een automatische meter (per keer twee metingen voor het ontbijt en 2 uur na het avondeten gedurende één week).
 - Indien een 24-uursmeting of geprotocolleerde thuismeting niet haalbaar is, kan een 30-minutenbloeddrukmeting worden overwogen.
- BMI (eventueel aangevuld met middelomtrek).⁴

Aanvullende diagnostiek (zie ook LESA Laboratoriumdiagnostiek CVRM)

- Voor risicoschatting:
 - niet-nuchter lipidenspectrum: totaal cholesterol (TC), HDL-cholesterol, TC-HDL-ratio, LDL-cholesterol,⁵ triglyceriden; indien triglyceriden > 5 mmol/l: lipidenspectrum nuchter herhalen vanwege risico op pancreatitis bij > 10 mmol/l en onbetrouwbare LDL-waarden
 - glucose⁶
 - creatinine
 - eGFR
 - albumine-creatinineratio (ACR) in urine

⁴ De BMI en de middelomtrek voorspellen het risico op hart- en vaatziekten even goed. In de NHG-Standaard CVRM wordt de nadruk gelegd op de BMI omdat lengte en gewicht eenvoudige en betrouwbare metingen zijn en BMI daardoor minder gevoelig is voor variatie (afhankelijk van een correcte meettechniek) dan meting van de middelomtrek. Als de middelomtrek beschikbaar is, kan deze vanzelfsprekend gebruikt worden, maar de meting van de BMI is in de dagelijkse praktijk over het algemeen voldoende. De BMI is bedoeld voor personen met een gemiddelde spier- en vetmassa. De uitkomst van de BMI is daarom minder geschikt voor personen < 1,58 meter, > 1,90 meter, een grote spiermassa (atletische bouw) of die een andere lichaamsbouw hebben (bijvoorbeeld Aziatische bouw), of zwanger zijn. Het meten van de middelomtrek kan voor deze personen wel uitkomst bieden.

⁵ Het is mogelijk om het non-HDL-cholesterol (= totaal cholesterol – HDL-cholesterol) in plaats van het LDL-cholesterol te bepalen. Non-HDL-cholesterol is minstens net zo goed als LDL-cholesterol om het risico in te schatten en het effect van lipidenverlagende therapie te beoordelen. De non-HDL-C-berekening is eenvoudig, kosteloos en wordt al vaak door laboratoria automatisch berekend en gerapporteerd. Tevens heeft gebruik van non-HDL-cholesterol een aantal praktische voordelen, bijvoorbeeld dat het ook bruikbaar is bij een hoog triglyceridegehalte. Een LDL-cholesterol van 1,8 en 2,6 mmol/l correspondeert met een non-HDL-cholesterol van 2,6 en 3,4 mmol/l

⁶ Glucose mag niet-nuchter bepaald worden. Mocht deze waarde afwijkend zijn, dan moet u wel een nuchtere glucose laten bepalen

Evaluatie en risicoschatting

Bepaal bij patiënten op basis van bestaande morbiditeit of een ernstig verhoogde enkele risicofactor in welke risicocategorie de patiënt valt, zonder het risico kwantitatief te schatten met de SCORE-tabel [figuur 2 en tabel 1]. Dit zijn patiënten met:

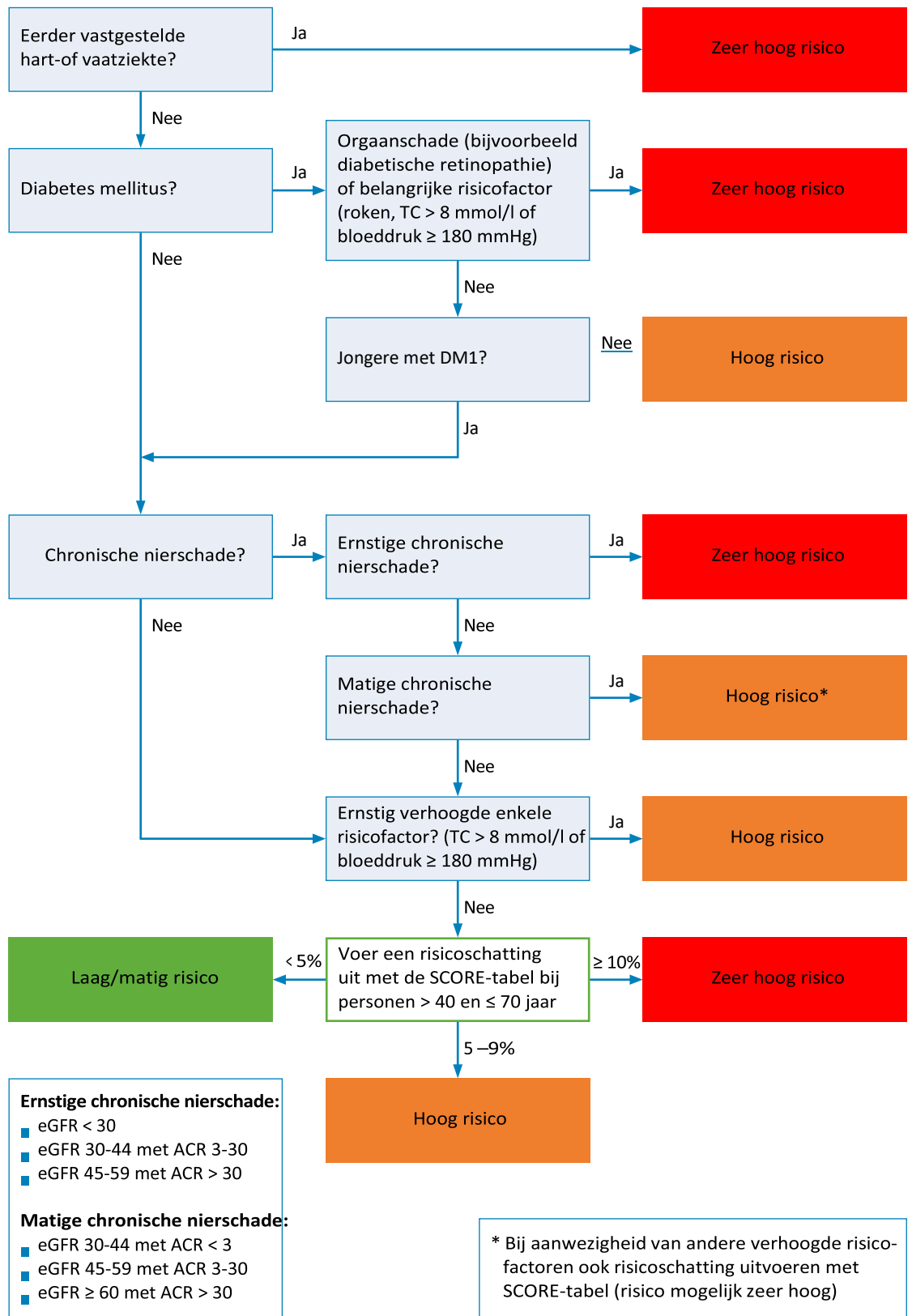
- eerder vastgestelde hart- en vaatziekten
- DM - ernstige chronische nierschade (eGFR < 30 of eGFR 30-44 met ACR ≥ 3 of eGFR 45-59 met ACR > 30)
- een ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaal cholesterol > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg
- Schat bij de overige patiënten > 40 en ≤ 70 jaar het tienjaarssterfterisico op hart- en vaatziekten met de SCORE-tabel [tabel 2].
- Vermenigvuldig de risicoscore met 1,5 bij patiënten met:
 - reumatoïde artritis
 - milde chronische nierschade:
 - mild tot matig afgenomen nierfunctie (eGFR 45-59 met ACR < 3)
 - matig verhoogde albuminurie (eGFR ≥ 60 met ACR 3-30)

Een behandeling zal daardoor eerder starten.

- In de volgende gevallen kan, indien het geschatte risico dicht bij een behandelgrens ligt, aanwezigheid van een van de volgende factoren doorslaggevend zijn om te reclassificeren, waarbij de patiënt in een andere risicocategorie terecht kan komen:
 - een positieve familieanamnese voor premature hart- of vaatziekte (hogere risicoscore)
 - aanwezigheid van psychosociale risicofactoren (hogere risicoscore)
 - de CAC-score, indien bekend (afhankelijk van de uitslag lagere of hogere risicoscore)
- Verricht bij een vermoeden van secundaire oorzaken van een verhoogde bloeddruk (zie Anamnese) pas een risicoschatting na het wegnemen van de vermoedelijke oorzaak.
- Overweeg familiale dyslipidemie bij sterk verhoogde lipidenwaarden (LDL-cholesterol > 5 mmol/l of totaal cholesterol > 8 mmol/l) (zie het NHG-Standpunt Familiaire hypercholesterolemie).

Verwijs met spoed bij:

- een systolische en diastolische bloeddruk > 200/120 mmHg of een recentelijk gedocumenteerde sterke bloeddrukstijging, beide in combinatie met klachten van hoofdpijn, visusstoornissen, misselijkheid en/of braken
- verhoogde bloeddruk in combinatie met acute neurologische symptomen of cardiopulmonale klachten



Tabel 2 SCORE-tabel (zonder preventieve medicatie)

Zeer hoog risico Hoog risico Laag tot matig verhoogd risico

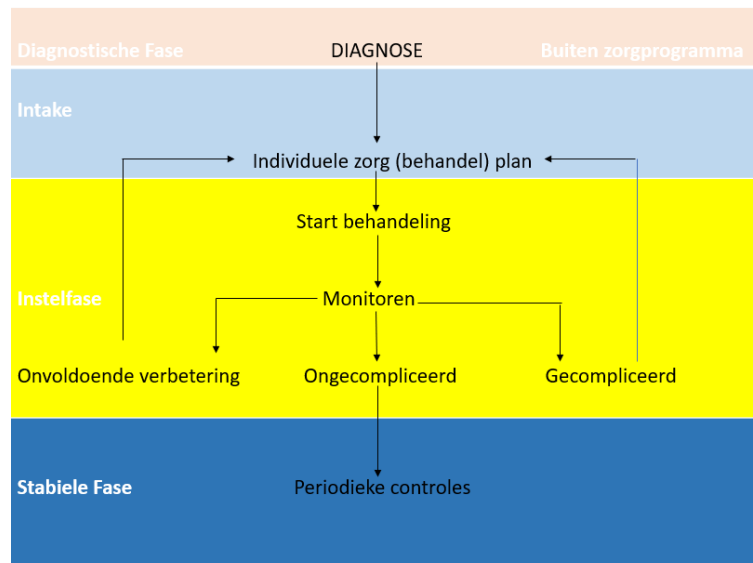
Bloeddruk	Vrouwen										Leeftijd	Mannen										Sterfte															
	Niet-rooker					Rooker						Niet-roker					Roker																				
180	4	5	6	7	8	10	8	9	11	13	15	18	7	8	10	12	15	17	19	21	25	28	31	7	8	10	12	15	17	19	21	25	28	31	Ziekte + Sterfte		
160	3	3	4	5	6	7	6	6	7	9	11	13	5	6	7	9	11	13	15	17	19	21	25	28	5	6	7	9	11	13	15	17	19	21	25	Ziekte + Sterfte	
140	2	2	3	3	4	5	4	5	5	6	8	9	3	4	5	6	8	10	11	13	15	17	19	21	3	4	5	6	8	10	11	13	15	17	19	Ziekte + Sterfte	
120	1	2	2	3	4	3	3	4	5	6	7	2	3	4	4	5	7	8	9	10	11	13	15	2	3	4	4	5	7	8	9	10	11	13	Ziekte + Sterfte		
	5-6	6-7	7-9	9-11	11-13	13-16	10-12	12-14	14-17	17-20	20-24	25-30	8-10	9-12	11-14	14-18	17-22	22-28	14-18	17-22	21-27	25-32	31-40	36-40	8-10	9-12	11-14	14-18	17-22	22-28	14-18	17-22	21-27	25-32	31-40	36-40	Ziekte + Sterfte
180	2	3	3	4	5	6	4	5	6	7	8	10	4	5	6	8	10	11	13	15	17	19	21	25	4	5	6	8	10	11	13	15	17	19	21	25	Ziekte + Sterfte
160	2	2	2	3	3	4	3	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	9	10	11	13	15	17	19	3	4	5	6	7	9	10	11	13	15	17	19	Ziekte + Sterfte
140	1	1	2	2	2	3	2	2	3	4	4	5	2	3	3	4	5	6	8	9	10	11	13	15	2	3	3	4	5	6	8	9	10	11	13	15	Ziekte + Sterfte
120	1	1	1	2	2	2	1	2	2	3	3	4	1	2	2	3	4	5	7	8	9	10	11	13	1	2	2	3	4	5	7	8	9	10	11	13	Ziekte + Sterfte
	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	9-10	6-7	7-9	9-10	11-13	13-16	16-19	6-7	7-9	9-11	10-13	13-16	16-21	11-13	13-16	16-20	19-24	24-30	30-38	6-7	7-9	9-11	10-13	13-16	16-21	11-13	13-16	16-20	19-24	24-30	30-38	Ziekte + Sterfte
180	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	4	6	3	3	4	5	6	8	9	10	11	13	15	3	3	4	5	6	8	9	10	11	13	15	Ziekte + Sterfte		
160	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	3	4	5	6	8	9	10	11	13	2	2	3	4	5	6	8	9	10	11	13	Ziekte + Sterfte		
140	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	3	4	5	6	8	9	10	11	1	2	2	3	4	5	6	8	9	10	11	Ziekte + Sterfte		
120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	4	5	6	7	9	1	1	1	2	2	3	4	5	6	7	9	Ziekte + Sterfte		
	2-3	2-3	3-4	4-5	4-6	6-7	4-5	5-6	6-7	7-9	9-11	11-13	4-5	4-6	6-7	7-9	9-11	11-14	7-9	9-11	10-13	13-17	16-21	22-27	4-5	4-6	6-7	7-9	9-11	11-14	7-9	9-11	10-13	13-17	16-21	22-27	Ziekte + Sterfte
180	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	6	8	9	10	11	2	2	2	3	4	5	6	8	9	10	11	Ziekte + Sterfte		
160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	10	1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	10	Ziekte + Sterfte		
140	<1	<1	<1	<1	1	1	<1	1	1	1	1	1	<1	1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	<1	1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	Ziekte + Sterfte		
120	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	<1	<1	1	1	2	2	3	4	5	6	8	<1	<1	1	1	2	2	3	4	5	6	8	Ziekte + Sterfte		
	1-1	1-2	2-2	2-3	3-3	4-4	2-3	3-3	3-4	4-5	5-6	6-8	2-3	3-4	3-4	4-6	6-7	7-9	4-5	5-7	7-8	8-10	10-13	13-17	2-3	3-4	3-4	4-6	6-7	7-9	4-5	5-7	7-8	8-10	10-13	13-17	Ziekte + Sterfte
180	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	1	1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	Ziekte + Sterfte		
160	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	<1	<1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	<1	<1	1	2	2	3	4	5	6	8	9	Ziekte + Sterfte		
140	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	<1	<1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	Ziekte + Sterfte		
120	0	0	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	Ziekte + Sterfte		
	1-1	1-1	1-1	1-2	1-2	2-2	1-1	1-2	2-2	2-2	2-3	3-4	1-2	2-2	2-3	3-3	3-4	4-5	5-6	6-8	8-10	10-13	13-14	1-2	2-2	2-3	3-3	3-4	4-5	5-6	6-8	8-10	10-13	13-14	Ziekte + Sterfte		
	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	15	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	15			

In de vakjes staat het tienjaarssterfterisico als gevolg van hart- en vaatziekten, evenals een indicatie van het risico op ziekte plus sterfte.

8

⁸ https://richtlijnen.nhg.org//files/2021-05/Praktische%20handleiding%20bij%20de%20NHG-Standaard%20CVRM%202020_23_07.pdf

5. Instelfase



Direct na risico-inventarisatie en vervolgdagnostiek worden de ziektegeschiedenis, leefstijl en de algehele conditie in kaart gebracht. Op basis hiervan worden de individuele behandeldoelen en een individueel zorgplan opgesteld. Het individueel zorgplan wordt door de hoofdbehandelaar of de praktijkondersteuner besproken met de patiënt en/of zijn cliëntsysteem. In dit gesprek worden de algemene streefwaarden vertaald in individuele zorgdoelen waarbij de eigen inbreng van de patiënt centraal staat.

Het vaststellen van het beleid vindt plaats in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van de hoogte van het risico op HVZ, de specifieke omstandigheden van de patiënt en met erkenning van de keuzevrijheid van de patiënt. Een goed gemotiveerde keuze maken is van belang omdat preventie van HVZ alleen bij langdurige therapietrouw effectief is. In het algemeen is de streefwaarde voor de SBD ≤ 140 mmHg en de streefwaarde voor LDL $\leq 2,5$ mmol/l maar wel afhankelijk van de risicocategorie en de leeftijd.

Om de patiënt een volwaardige rol te kunnen laten spelen bij de behandeling doorloopt deze een educatietraject. Hierbij wordt de patiënt begeleid naar zelfstandigheid en het dragen van eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn chronische ziekte. De patiënt ontvangt uitleg over:

- de aard van de ziekte;
- de daaruit voortvloeiende noodzaak van periodieke controle en
- de mogelijke behandelingen

5.1 Persoonsgerichte zorg

De NHG standaard Cardio Vasculaire Risicomanagement is een document dat bedoeld is om de besluitvorming in de praktijk te ondersteunen en sluit zo aan bij de persoonsgerichte zorg.

Persoonsgerichte zorg is een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsvraag. Kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon in zijn geheel. In de zorg voor en ondersteuning bij gezondheidsvragen staat de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat centraal.

Persoonsgerichte zorg heeft volgende voordeel :

- Vitalere en geactiveerde patiënten
De kern van persoonsgerichte zorg is dat een zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon in zijn geheel. Aansluiting vinden bij de drijfveren en motivatie van de patiënt en van daar uit de doelen die iemand wil bereiken. Centraal staat niet alleen de behandeling van het gezondheidsprobleem, maar ook de manier waarop de patiënt met het probleem omgaat en in het leven staat
- Bijdragen aan een gezonde en duurzame samenleving
Persoonsgerichte zorg kan bijdragen aan een betere kwaliteit van leven, betere gezondheidsuitkomsten en het verlagen van zorgkosten. Onderzoek naar de inzet van persoonsgerichte zorg toont aan dat na vijf jaar iedere €1,- investering een waarde van ruim €4,50 oplevert aan maatschappelijke en financiële baten volgens de Social Return on Investment studie. Persoonsgerichte zorg draagt bij aan een gezonde en duurzame opzet van de zorg.
- Positievare werkbeleving
- Huisartsen, praktijkondersteuners en doktersassistenten die inzetten op persoonsgerichte zorg geven aan dat het hen meer voldoening van hun werk geeft en ze minder werkdruk ervaren. Dit komt door:
 - Een andere manier van consultvoering, die het werk lichter maakt omdat de patiënt meer gaat doen
 - Betere resultaten door focus op gezondheid en zelfregie in plaats van behandelen van symptomen
 - Meer inzicht in de behoefte achter de vraag of klacht van patiënten, en wie wat kan doen
 - Mogelijkheden om werkdruk te verminderen door inschakelen hulpbronnen op het gebied van leefstijl, welzijnsproblematiek en (digitale) zelfzorg

De kern van persoonsgerichte zorg is dat een zorgverlener niet de klacht of aandoening centraal stelt, maar de persoon die de klacht presenteert, en zijn of haar wensen en behoeften. Het andere gesprek gaat over meer tijd en aandacht voor de persoonlijke context van een patiënt. Met meer aandacht voor een persoonlijke benadering, rekening houdend met laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden. Ook draait persoonsgerichte zorg om het actief betrekken van de patiënt bij het zoeken naar een passende oplossing voor zorg en ondersteuning.

Om persoonsgerichte zorg goed te documenteren is **Individueel Zorgplan** (IZP) nodig;

De zorgverlener draagt zorg voor een heldere uitleg aan de patiënt over de behandeling en de inhoud van het zorgprogramma. Educatie, leefstijl, zelfmanagement en eigen regie worden daarbij naar vermogen en de context van de patiënt gedifferentieerd, de behandeling wordt hierop afgestemd.

Samen met de patiënt worden, op basis van shared decision making, persoonlijke gezondheidsdoelen geformuleerd die realistisch zijn (wenselijk en haalbaar) en die bij de patiënt passen, niet te ver in de toekomst liggen, positief zijn geformuleerd en niet concurreren met

andere doelen. De POH ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren en vol te houden en het leren bieden van weerstand aan frustraties.

Het is van belang dat er een IZP beschikbaar is voor de patiënt en alle bij de ketenzorg betrokken zorgverleners, waarin in ieder geval de individuele behandeldoelen en -afspraken rondom de chronische aandoening duidelijk en concreet zijn omschreven. Binnen de HUS moet nog gekeken welke tolls ingezet kunnen worden om dit te kunnen garanderen.

De volgende elementen vormen samen het Individueel Zorgplan (IZP) binnen de chronische zorg voor CVRM patiënten:

- Belangrijkste punten uit risicoprofiel en risicofactoren;
- HVZ risico;
- individuele doelen van de patiënt en streefwaarden;
- hoe doelen kunnen bereikt worden, inbrengen patiënt, omgeving en zorgprofessional
- behandeling
- taken(verdeling);
- zelfmanagement(ondersteuning);
- centrale zorgverlener;
- hoofdbehandelaar;
- controleschema;
- evaluatiemomenten;
- afspraken;
- medicatie.

5.2 Beleid

Bepaal het beleid op grond van de risicocategorie [tabel 1] in overleg met de patiënt. Het beleid hangt namelijk ook af van patiëntfactoren: de leeftijd, kwetsbaarheid, bestaande morbiditeit, motivatie en mogelijkheden om leefstijl te veranderen, en motivatie voor het gebruiken van medicatie.

Ga uit van de volgende algemene aanbevelingen, afhankelijk van de risicocategorie waartoe een individu behoort:

- laag tot matig verhoogd risico: leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze behandeling is in deze risicocategorie zelden aangewezen;
- hoog risico: leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie. Laat de beslissing om medicamenteus te behandelen onder andere afhangen van het risico op ziekte plus sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten (dit risico kan fors variëren bij vergelijkbare sterfterisico's) en de mate waarin effect van leefstijlveranderingen te verwachten is of wanneer de streefwaarden voor LDL-cholesterol en bloeddruk met behulp van het leefstijladvies niet behaald worden;
- zeer hoog risico: leefstijladvies aangewezen, medicamenteuze therapie meestal aangewezen

De invloed van leeftijd: Jongeren (< 40 jaar)

Maak bij jongere patiënten met veel risicofactoren op hart- en vaatziekten een afweging tussen enerzijds een vermindering van het risico door medicamenteuze behandeling (weliswaar is hier (nog) geen wetenschappelijke onderbouwing voor, maar uw inschatting dat deze patiënt in de nabije toekomst wel een hoog risico zal krijgen kan hier leidend zijn) en anderzijds de mogelijke nadelen van zeer langdurig gebruik van preventieve medicatie bij een laag absoluut tienjaarsrisico.

Ouderen (> 70 jaar)

Bij personen zonder hart- en vaatziekten wordt het bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is minder overtuigend naarmate zij ouder en/of kwetsbaarder worden. Dit geldt vooral voor behandeling met statines. Voor ouderen mét hart- en vaatziekten is er wel voldoende bewijs voor effectiviteit van medicamenteuze behandeling, tenzij kwetsbaarheid en bijwerkingen dit niet toelaten, of de levensverwachting onvoldoende is.

De invloed van bestaande morbiditeit

Bij bestaande morbiditeit, zoals een artritis psoriatica, COPD of jicht, zal men eerder kiezen voor medicamenteuze behandeling. **Voorlichting**

- Geef uitleg over de hoogte van het risico op hart- en vaatziekten en verwijs naar www.thuisarts.nl.
- Bespreek dat dit risico verlaagd kan worden door de leefstijl aan te passen, en op indicatie door het chronisch gebruiken van cholesterol- en/of bloeddrukverlagende medicatie

	Streefwaarde LDL-cholesterol (mmol/l)		Streefwaarde systolische bloeddruk (mmHg)**		Beleid	
	≤ 70 jaar	> 70 jaar	≤ 70 jaar	> 70 jaar		
	Niet kwetsbaar	Kwetsbaar	Niet kwetsbaar	Kwetsbaar		
<p>Eerder vastgestelde hart- of < 1,8 vaatziekte (onder andere acuut coronair syndroom; angina pectoris; coronaire revascularisatie; TIA of beroerte; aorta-iliiofemorale atherosclerose; aorta-aneurysma; claudicatio intermittens of perifere revascularisatie). Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie</p>	< 2,6	Indien medicatie wordt gegeven bij voldoende levensverwachting: < 2,6	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	<p>Leefstijladvies</p> <p>Medicamenteuze therapie meestal aangewezen</p>
<p>Diabetes mellitus met orgaan-schade, zoals proteïnurie, of met een belangrijke risicofactor, zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (TC > 8 mmol/l) of ernstig verhoogde bloeddruk (≥ 180 mmHg)</p> <p>Ernstige chronische nierschade: eGFR < 30 of 30-44 met ACR 3-30; eGFR 45-59 met ACR > 30</p> <p>Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met SCORE ≥ 10%</p>	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	
<p>Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 met ACR < 3; eGFR 45-59 met ACR 3-30; eGFR ≥ 60 met ACR > 30</p> <p>De meeste andere personen met diabetes mellitus die geen zeer hoog risico hebben</p> <p>Ernstig verhoogde enkele risicofactor (TC > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg)</p> <p>Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met SCORE ≥ 5% en < 10%</p>	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	<p>Leefstijladvies</p> <p>Overweeg medicamenteuze behandeling</p>
<p>Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met SCORE < 5%. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie. Jongeren met DM type 1 zonder klassieke risicofactoren</p>	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	<p>Leefstijladvies aanbevolen</p> <p>Medicamenteuze therapie zelden aangewezen</p>

⁹ https://richtlijnen.nhg.org/files/2021-05/Praktische%20handleiding%20bij%20de%20NHG-Standaard%20CVRM%202020_23_07.pdf

5.2.1. Niet-medicamenteuze adviezen

Leefstijladvies

Leefstijl is gebaseerd op langdurige gedragspatronen die in stand worden gehouden door de omgeving. Dit geeft al aan dat blijvende aanpassingen lastig te bewerkstelligen zijn. Het is belangrijk aan te sluiten bij de patiënt, welke leefstijlfactor de patiënt het meest haalbaar acht om aan te pakken. Maak een plan van aanpak en leg dit eventueel vast in een individueel zorgplan.

De volgende punten kunt u samen met de patiënt doornemen:

- niet roken en meer roken vermijden (zie de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken);
- voldoende bewegen: ten minste 150 minuten per week matig intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen; voorkom meer dan acht uur per dag te zitten. Daarnaast ten minste tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten verrichten, zoals traplopen, springen of tuinieren, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen;
- streven naar een gezond gewicht: BMI 20 tot 25;
- gezond eten volgens de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum;
- stress proberen te voorkomen.

5.2.3 Medicamenteuze adviezen

5.2.3.1 Cholesterol

Uitgangspunten cholesterolbehandeling

- Bepaal bij aanvang van lipidenverlagende medicatie het LDL-cholesterol (indien nog niet bekend).
- Maak voor de dosering van een statine een keuze op basis van de gewenste procentuele daling van het LDL-cholesterol. De gewenste LDL-daling kunt u bepalen in [tabel 3] met behulp van de onbehandelde LDL-cholesterolwaarde en de streefwaarde [tabel 1] die past bij het risico van de patiënt.
- Pravastatine wordt alleen aanbevolen indien gebruik van atorvastatine, rosuvastatine en simvastatine niet in aanmerking komt vanwege bijwerkingen of het risico op rhabdomyolyse in interactie met middelen die het CYP3A4-enzym remmen of induceren (onder andere diltiazem, verapamil, itraconazol, hiv-remmers).
- Fluvastatine wordt gezien de relatief hoge kosten en zwakkere lipidenverlaging alleen aanbevolen indien de andere statines niet worden verdragen.
- Het gebruik van rodegistriest (waarin lovastatine zit) wordt niet aanbevolen.
- Controleer na start van de cholesterolbehandeling iedere drie maanden het LDL-cholesterol tot het bereiken van de streefwaarde.
- Bij bijwerkingen: staak de statine en evalueer de klachten na vier weken. Bij een verband van de klachten met het gebruik van de statine (direct verdwijnen van de klachten na stoppen statine): herstart in de hoogste dosering die de patiënt nog wel verdraagt (doseer eventueel om de dag) of stap over op een andere statine.
- Indien de streefwaarde is bereikt en de patiënt de statine goed verdraagt: continueer het gebruik en controleer het LDL-cholesterol alleen op indicatie (jaarlijkse controle niet nodig)
- Bij niet bereiken van de streefwaarde: intensiveer de lipidenverlagende therapie (hogere dosis statine als de maximumdosering van de statine nog niet bereikt is of stap over naar een sterker werkende statine). Indien de streefwaarde dan nog niet wordt bereikt: overweeg ezetimib toe te voegen.
- Verdere intensivering van lipidenverlagende therapie kan op individuele basis en in overleg met de patiënt ook worden overwogen als de LDL-streefwaarde al bereikt is, en indien de patiënt gemotiveerd is en de behandeling goed verdraagt.

Tabel 3 Berekening van de gewenste LDL-daling

LDL-streefwaarde	Onbehandelde LDL-cholesterol mmol/l	
< 1,8 mmol/l (patiënten met HVZ ≤ 70 jaar)	1,8-2,8	≥ 2,9
< 2,6 mmol/l (overige patiënten)	2,6-4,1	≥ 4,2
Gewenste LDL-daling	< 40%	≥ 40%

Therapieschema cholesterolbehandeling

Stap 1: statine

- Bij < 40% gewenste LDL-daling: geef atorvastatine 1 dd 10 mg (laagste kosten), rosuvastatine 1 dd 5 mg of simvastatine 1 dd 40 mg.
- Bij ≥ 40% gewenste LDL-daling: geef atorvastatine 1 dd 20 mg (laagste kosten) of rosuvastatine 1 dd 10 mg. ■ Geef bij chronisch gebruik van CYP3A4-remmende of -inducerende middelen pravastatine 1 dd 40 mg.

Stap 2: intensiveer de lipidenverlagende therapie

- Indien de streefwaarde niet is bereikt, de patiënt geen (ernstige) bijwerkingen heeft en gemotiveerd is de therapie te intensiveren: verhoog de dosering in stapjes tot de maximale dosering (atorvastatine 1 dd 80 mg, rosuvastatine 1 dd 40 mg). Vervang simvastatine 40 mg bij onvoldoende effect door atorvastatine 10-20 mg of rosuvastatine 5-10 mg.

Stap 3: overweeg toevoegen ezetimib

- Indien de streefwaarde niet is bereikt: overweeg ezetimib 1 dd 10 mg toe te voegen bij patiënten mét hart- en vaatziekten ≤ 70 jaar. Weeg de voor- en nadelen van het toevoegen van ezetimib of het accepteren van een hogere LDL-waarde dan de streefwaarde samen af.
- Voor patiënten ≤ 70 jaar zonder hart- en vaatziekten kan toevoeging van ezetimib ook een optie zijn als voldoende LDL-reductie met een statine niet haalbaar blijkt. Weeg de voor- en nadelen van het toevoegen van ezetimib of het accepteren van een hogere LDL-waarde dan de streefwaarde samen af.
- Ouderen (> 70 jaar): overweeg toevoegen van ezetimib alleen bij niet-kwetsbare ouderen met harten vaatziekten.
- Overweeg verwijzing bij onvoldoende bereiken van de streefwaarde.

Stopcriteria bij leeftijd > 70 jaar

- Bij niet-kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten: stop alleen met lipidenverlagende medicatie bij onoverkomelijke bijwerkingen.
- Bij kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten: overweeg te stoppen met lipidenverlagende medicatie in het bijzonder bij het optreden van een mogelijke bijwerking of bij een gering geschatte resterende levensverwachting.
- Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten: stop met lipidenverlagende medicatie

Beleid bij spierklachten

Monique Prinssen Kaderarts CVRM, Gertrud van Vulpen | HUS

- Bepaal bij statinegerelateerde spierklachten (5 tot 10% van de patiënten die statines gebruiken klaagt over myalgie, maar rhabdomyolyse is zeer zeldzaam) of er sprake is van een reversibele oorzaak (infectie, grote inspanning), dan wel van een interactie met een ander geneesmiddel (CYP3A4-remmende of -inducerende middelen, digoxine of fibraten).
- Staak bij hinderlijke klachten de statine en herstart of switch van statine na vier weken. Weeg de voordelen van voortzetting van statinebehandeling (met bijvoorbeeld een lagere dosering van een krachtige statine of een lagere doseerfrequentie, zoals om de dag) af tegen de last van de spierklachten.
- Bepaal alleen bij het vermoeden op myotoxiciteit (spierpijn, krachtsverlies, donkerbruine urine (myoglobulinurie)) het creatinekinase (CK). Bij een CK-stijging vijfmaal hoger dan de bovenwaarde normaalwaarde – zonder andere bekende oorzaak – moet de statine worden gestaakt. Als de symptomen verdwijnen en het CK normaliseert, kan worden overwogen de statine te herstarten in de laagste dosering of te switchen naar een andere statine in de laagste dosering, met zorgvuldig

5.2.3.2 Bloeddruk

Uitgangspunten van de bloeddrukbehandeling

- Bepaal bij aanvang van de behandeling met een angiotensineconverterende enzymremmer (ACE-remmer), angiotensinereceptorblokker¹⁰ (ARB) en/of diureticum (tenzij < 1 jaar geleden bepaald en niet afwijkend): creatinine, eGFR, natrium en kalium. Bepaal eGFR, natrium en kalium na twee weken opnieuw bij afwijkende waarden (eGFR < 60 ml/min, kalium < 3,8 mmol/l of kalium > 4,5 mmol/l) en bij een combinatie van een ACE-remmer of ARB met een diureticum.
- Behandel iedereen met een systolische bloeddruk \geq 180 mmHg met antihypertensiva, ongeacht het risico op hart- en vaatziekten.
- Streef naar een bloeddruk die past bij het risico van de patiënt [tabel 1].
- Alle soorten bloeddrukverlagende middelen hebben een even groot bloeddrukverlagend effect. In specifieke situaties kan er een voorkeur zijn voor een of enkele middelen [tabel 4].
- Start met één middel en evalueer na twee weken de bloeddruk, het gebruik van het geneesmiddel en eventuele bijwerkingen (stap 1). Indien de streefwaarde niet bereikt wordt: evalueer therapietrouw, leefstijl en secundaire oorzaken. Voeg indien nodig een tweede of derde middel toe (stap 2). Verhoog vervolgens de doseringen bij onvoldoende effect (stap 3).
- Bij patiënten met een sterk verhoogde bloeddruk (> 20 mmHg boven de streefwaarde) of met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten: overweeg meteen te starten met een combinatie van twee middelen.
- Om de therapietrouw te verhogen is het voorschrijven van een combinatiepreparaat te overwegen. Op basis van kosten gaat daarbij de voorkeur uit naar combinatiepreparaten van ACE-remmer enalapril of lisinopril, ARB telmisartan, losartan of valsartan en thiazidediureticum hydrochloorthiazide. Combinatiepreparaten met overige antihypertensiva en met drie antihypertensiva zijn relatief duur.
- Alleen de combinaties bètablokker-diuretica (risico op DM) en ACE-remmer-ARB (risico op nierfalen) worden niet aanbevolen.

¹⁰ Angiotensinereceptorblokker = angiotensine-II-antagonist

Tabel 4 Voorkeursgeneesmiddelen in specifieke situaties

Situatie	Geneesmiddel
Verhoogde albuminurie (> 3 mg/mmol albumine/creatinine)	ACE-R/ARB
Eerder MI/coronairlijden	Bètablokkers, ACE-R/ARB
Angina pectoris	Bètablokkers, calciumantagonisten
Hartfalen	ACE-R/ARB, bètablokkers, diuretica, aldosteronantagonisten
Atriumfibrilleren	Bètablokkers, non-dihydropyridine-calciumkanaalblokkers, ACE-R/ARB, aldosteronantagonisten
Perifeer arterieel vaatlijden	ACE-R
Diabetes mellitus	ACE-R/ARB
Zwangerschap	Methyldopa, labetalol, calciumantagonisten
Personen van West- of Zuid-Afrikaanse afkomst	Diuretica en calciumantagonisten

ACE-R = angiotensineconverterende enzymremmer; ARB = angiotensinereceptorblokker; diuretica = thiazide of thiazideachtig; MI = myocardinfarct; non-dihydropyridine-calciumkanaalblokkers zijn verapamil en diltiazem

Therapieschema bloeddrukbehandeling

Stap 1a t/m 1e zijn ongeveer even effectief voor bloeddrukverlaging, maar in sommige situaties is er een voorkeur [tabel 4].

Stap 1a: ACE-remmer

- Geef enalapril 1 dd 10 mg (ouderen 5 mg), lisinopril 1 dd 10 mg (ouderen 5 mg), perindopril 1 dd 4 mg (ouderen 2 mg) of ramipril 1 dd 2,5 mg (ouderen 1,25 mg) (voorkeursmiddelen op basis van kosten).
- Bij verminderde nierfunctie (eGFR 10-50 ml/min/1,73 m²): pas dosis aan.¹¹

Stap 1b: angiotensinereceptorblokker (ARB) (veroorzaakt minder vaak kriebelhoest dan ACE-remmer)

- Geef telmisartan 1 dd 40 mg¹² (ouderen 20 mg), candesartan 1 dd 8 mg (ouderen 4 mg), losartan 1 dd 50 mg (ouderen 25 mg) of valsartan 1 dd 80 mg (ouderen 40 mg).
- Bij eGFR > 10 ml/min/1,73 m² is dosisaanpassing niet nodig.

Stap 1c: calciumantagonist

- Geef amlodipine 1 dd 5 mg of lercanidipine 1 dd 10 mg (voorkeursmiddelen op basis van kosten).
- Alleen bij patiënten met tevens atriumfibrilleren gaat de voorkeur uit naar diltiazem mga 1 dd 200 mg of verapamil mga 1 dd 120 mg.
- Geef bij voorkeur geen calciumantagonisten aan patiënten met hartfalen.

Stap 1d: thiazidediureticum

- Geef hydrochloorthiazide 1 dd 12,5 mg of chloortalidon 1 dd 12,5 mg.
- Geef bij voorkeur geen thiazidediuretica aan patiënten die jicht hebben of een basaalcél- of plaveiselcélcarcinoom hebben gehad.
- Adviseer vanwege de fotosensibiliserende werking van thiazidediuretica om verstandig te zonnen, conform de algemeen geldende adviezen van KWF Kankerbestrijding. Voor hydrochloorthiazide is aangetoond dat de fotosensibilisatie bij langdurig gebruik het risico op een recidief basaalcél- en plaveiselcélcarcinoom verhoogt. Andere thiaziden hebben mogelijk ook dit effect.

Stap 1e: bètablokker

¹¹ Aanpassing van de dosering aan de nierfunctie is voor iedere ACE-remmer anders, zie voor een specifiek advies het NHG-Formularium (in het HIS of NHG R-x app), de medicatiebewaking uit de G-standaard in het HIS of het Farmacotherapeutisch Kompas.

¹² Telmisartan heeft geen tetrazoolring en heeft daarom niet het risico op vervuiling met nitrosamines

- Geef metoprololsuccinaat mga 1 dd 50 mg, atenolol 1 dd 25 mg of bisoprolol 1 dd 5 mg ('s morgens) (voorkeursmiddelen op basis van kosten).
- Geef bij voorkeur geen bètablokker bij een verhoogd risico op diabetes, zoals bij obesitas en bij verhoogde glucosewaarden¹³

Stap 2: combineer twee en vervolgens indien nodig drie van bovenstaande middelen

- Indien de streefwaarde niet is bereikt: voeg een ander middel uit stap 1 toe.
- Combinaties die niet worden aanbevolen: bètablokker met diureticum (risico op DM) en ACE-remmer met ARB (risico op nierfalen).
- Bij toevoeging ACE-remmer/ARB en gelijktijdig gebruik van diuretica: halveer de startdosering of onderbreek indien mogelijk het diureticum vanaf 2-3 dagen voor de start met de ACE-remmer/ARB en herstart na de instelfase; bij hartfalen is het stoppen van een lisdiureticum meestal ongewenst vanwege de kans op acute decompensatie.
- Overweeg een combinatiepreparaat, omdat dit de therapietrouw kan verhogen. Op basis van de geadviseerde doseringen en de kosten zijn de volgende combinaties van een ARB met een thiazidediureticum een optie: telmisartan/hydrochloorthiazide 1 dd 40/12,5 mg, losartan/hydrochloorthiazide 1 dd 50/12,5 mg of valsartan/hydrochloorthiazide 1 dd 80/12,5 mg.
- Evalueer na twee weken de bloeddruk en eventuele bijwerkingen. Heroverweeg bij onvoldoende effect secundaire oorzaken van verhoogde bloeddruk en evalueer therapietrouw en leefstijl.
- Indien dit geen nieuwe gezichtspunten oplevert en de streefwaarde niet is bereikt: voeg een derde middel uit stap 1 toe.

Stap 3: verhoog de doseringen Indien de streefwaarde niet is bereikt: verhoog de dosering van de gebruikte middelen (in stapjes, elke twee tot vier weken) tot de maximaal verdragen dosering, en maximaal:

- ACE-remmer: enalapril 1 dd 40 mg, lisinopril 1 dd 80 mg, perindopril 1 dd 8 mg of ramipril 1 dd 10 mg;
- ARB: telmisartan 1 dd 80 mg, candesartan 1 dd 32 mg, losartan 1 dd 100 mg of valsartan 1 dd 320 mg;
- calciumantagonist: amlodipine 1 dd 10 mg of lercanidipine 1 dd 20 mg. Bij atriumfibrilleren diltiazem 1 dd 400 mg of verapamil mga 2 dd 240 mg;
- thiazidediureticum: hydrochloorthiazide 1 dd 25 mg of chloortalidon 1 dd 25 mg;
- bètablokker: metoprololsuccinaat 1 dd 200 mg mga, atenolol 1 dd 100 mg of bisoprolol 1 dd 20 mg.
- Overweeg op basis van de geadviseerde doseringen en kosten de volgende combinatiepreparaten van een ACE-remmer/ARB met een thiazidediureticum: enalapril/hydrochloorthiazide 1 dd 20/12,5 mg, lisinopril/hydrochloorthiazide 1 dd 20/12,5 mg, telmisartan/hydrochloorthiazide 1 dd 80/12,5 mg of 1 dd 80/25 mg, losartan/hydrochloorthiazide 1 dd 100/12,5 mg of 1 dd 100/25 mg en valsartan/hydrochloorthiazide 1 dd 160/12,5 mg of 1 dd 160/25 mg.
- Bij onvoldoende bereiken van de streefwaarde (spreekkamer RR \geq 140 mmHg) ondanks gebruik van drie antihypertensiva in adequate dosering en voldoende therapietrouw (therapieresistente hypertensie): ga naar stap 4 of overweeg verwijzing.

Stap 4: voeg spironolacton (= aldosteronantagonist) toe of verwijs

- Indien de streefwaarde niet is bereikt: voeg spironolacton 1 dd 25-50 mg toe bij combinatie van drie antihypertensiva uit stap 1, of verwijs naar de internist of cardioloog.

¹³ Bètablokkers leiden tot gewichtstoename, hebben een ongunstig effect op het lipidenmetabolisme en verhogen de incidentie van diabetes mellitus (vergeleken met andere geneesmiddelen).

Beleid bij nierfunctiedaling

Na starten ACE-remmer of ARB bij controle na twee weken:

- Bij eGFR 30 tot 59 ml/min/1,73 m² : enige daling van de eGFR na de start met een ACE-remmer/ARB is normaal. Daling van de eGFR met 20% van de uitgangswaarde, met 30 ml/min als ondergrens, is acceptabel. Bij > 20% afname: halveer de dosis en controleer de eGFR na twee weken.
- Bij eGFR 15 tot 30 ml/min/1,73 m² : halveer de dosis en controleer de eGFR na twee weken.
- Bij eGFR < 15 ml/min/1,73 m² : stop ACE-remmer of ARB en controleer de eGFR na twee weken.
- Consulteer of verwijst naar een internist-nefroloog bij aanhoudende lage waarden van de eGFR (< 30 ml/min/1,73 m²).

Na starten spironolacton bij controle na twee weken:

- Bij eGFR 15 tot 44 ml/min/1,73 m² : halveer de dosis en controleer de eGFR na twee weken.
- Bij eGFR < 15 ml/min/1,73 m² : stop spironolacton en controleer de eGFR na twee weken.
- Consulteer of verwijst naar een internist-nefroloog bij aanhoudende lage waarden van de eGFR (< 30 ml/min/1,73 m²).

Beleid in geval van (dreigende) dehydratie

Bij gebruik ACE-remmer, ARB en/of diuretica:

- Overweeg controle van eGFR, natrium en kalium in geval van hoge koorts, fors braken of forse diarree.
- Het beleid is afhankelijk van het klinisch beeld en eventuele laboratoriumuitslagen.
Overweeg:
 - tijdelijk de dosering van ACE-remmer/ARB/spironolacton te halveren en (overige) diuretica te staken (patiënten zonder hartfalen).
 - tijdelijk de dosering van de ACE-remmer/ARB/diuretica te halveren (patiënten met hartfalen)

Beleid bij elektrolytstoornissen bij controle na twee weken

Hyperkaliëmie

- Kalium ≤ 5,5 mmol/l: geen verdere actie vereist.
- Kalium > 5,5 mmol/l: halveer de dosis ACE-remmer/ARB en/of spironolacton en controleer het kalium na twee weken.
- Kalium > 6,0 mmol/l: stop de ACE-remmer/ARB en/of spironolacton en controleer het kalium na twee weken. Overleg zo nodig met de internist.

Hypokaliëmie

- Verhoog de dosering van een eventuele ACE-remmer of ARB, voeg spironolacton toe en/of geef kalium- en magnesiumsupplementen (hypokaliëmie gaat hand in hand met hypomagnesiëmie, maar treedt eerder op).

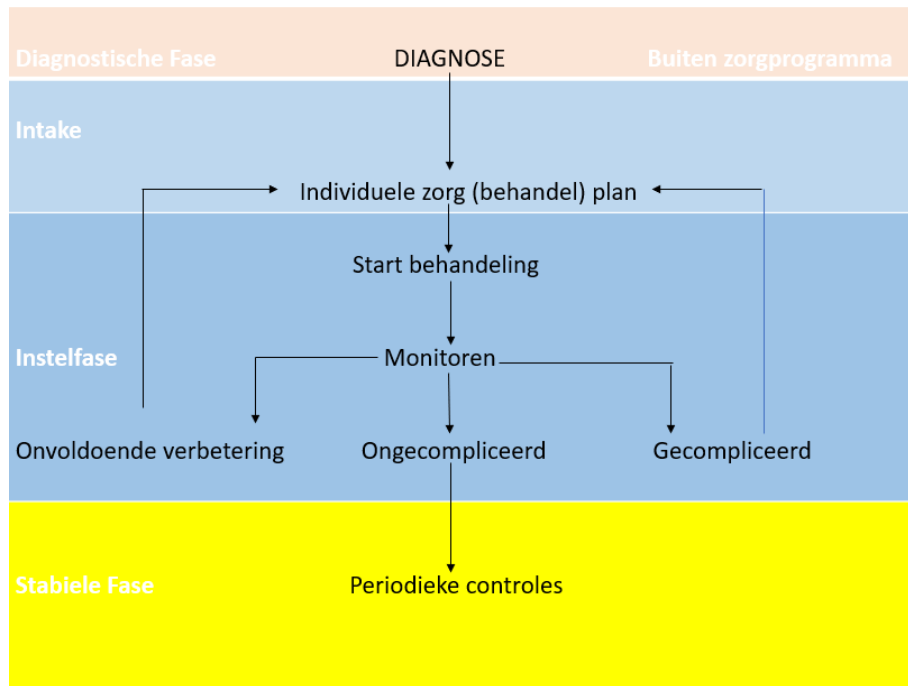
Normo- of hypovolemische hyponatriëmie

- Stop thiazidediuretica en overleg zo nodig met internist of cardioloog over beleid over overige diuretica, zoutinname en eventuele vochtbeperking

5.2.3.4. Antistollingsbehandeling

Voor antistollingsbeleid wordt verwezen naar de specifieke richtlijnen (zie de NHG-Standaarden Acuut coronair syndroom, Atriumfibrilleren, Beroerte, Perifeer arterieel vaatlijden, Stabiele angina pectoris).

6. Stabiele Fase/ Follow up



Follow-up

Follow up is afhankelijk van gezondheidsvaardigheid. Gezondheidsvaardigheden hebben mensen nodig om gezond te leven, om goed voor zichzelf te kunnen zorgen als ze ziek worden en om hun weg te vinden binnen de gezondheidszorg. Niet iedereen is daar even goed toe in staat. Sommige mensen ontbreekt het aan de juiste kennis en informatie én aan de vaardigheden om die informatie te verkrijgen, te begrijpen en toe te passen in hun eigen situatie. Een beperkte gezondheidsvaardigheden hebben invloed op leefstijl, zelfmanagement bij ziekte en zorggebruik. Hier is een persoonsgerichte zorg van groot belang om aan te sluiten bij patiënt en behoeftes en mogelijkheden en tegelijk kan het betekenen dat meer zorg moet ingezet worden om duurdere zorg te voorkomen.

- Herhaal de risicoschatting op hart- en vaatziekten elke vijf jaar of vaker indien het geschatte risico dicht bij een behandelgrens ligt.
- Controleer de bloeddruk een tot twee keer per jaar bij een goed ingestelde bloeddruk (bereikte streefwaarden en geen of acceptabele bijwerkingen) en vaker indien dit niet het geval is.
- Verricht aanvullend laboratoriumonderzoek:
 - Bij gebruik van diureticum, ACE-remmer of ARB: jaarlijks creatinine, eGFR, natrium en kalium. Herhaal de controle op indicatie vaker (bijvoorbeeld elke drie maanden), bijvoorbeeld bij personen met eGFR < 30 ml/min/1,73 m², instabiel hartfalen, kwetsbare ouderen of in het verleden nierfunctie- of elektrolytenafwijkingen bij gebruik van deze medicatie.
- Bij start of wijziging van cholesterolverlager: na drie maanden LDL-cholesterol. Na het bereiken van de streefwaarde zijn controles niet nodig. Controle van het LDL-cholesterol is

dan alleen nodig bij LDL-verhogende aandoeningen (in het bijzonder hypothyreoïdie en familiale hypercholesterolemie).

- Bij iedereen onder behandeling voor CVRM: glucose en ACR driejaarlijks (bij patiënten met DM en/of chronische nierschade ACR minimaal jaarlijks, zie ook de desbetreffende NHG-Standaard). Pas de controlemomenten in bij de periodieke controles conform de afspraken in een individueel zorgplan

7. Verwijzing

Landelijke verwijsafspraken

- Bij overgewicht: overweeg verwijzing naar de diëtiste en/of fysio- of oefentherapeut. (bekostiging buiten keten)
- Bij onvoldoende bereiken van de LDL-streefwaarde: overweeg verwijzing naar de internist of cardioloog voor eventuele toevoeging van humaan monoklonaal antilichaam (PCSK9-antilichaam) injecties bij:
 - patiënten ≤ 70 jaar met een hoog geschat recidief kans op hart- en vaatziekte, zoals patiënten met uitgebreid of progressief vaatlijden, patiënten met DM met een hart- en vaatziekte en patiënten met familiale hypercholesterolemie met een hart- en vaatziekte;
 - patiënten zonder HVZ ≤ 70 jaar met familiale hypercholesterolemie met een hoog of zeer hoog cardiovasculair risico en/of met DM en/of chronische nierschade.
- Bij aanhoudend lage waarden van de eGFR (< 30 ml/min/1,73 m²) na start ACE-remmer, ARB of spironolacton: consulteer of verwijs naar een internist-nefroloog.
- Bij therapieresistente hypertensie (behandeling met drie antihypertensiva is niet effectief, er is sprake van voldoende therapietrouw en secundaire oorzaken ontbreken): overweeg verwijzing naar de internist of cardioloog.
- Bij personen met een hoog of zeer hoog risico op hart- en vaatziekten en psychosociale problemen: bespreek verwijzing naar poh-ggz of psycholoog.
- Bij patiënten met hart- en vaatziekten die moeite hebben om te gaan met hun ziekte, of die weerstand ervaren om hun leefstijl te veranderen: overweeg verwijzing naar poh-ggz of psycholoog.
- Bij personen met psychosociale risicofactoren die klassieke risicofactoren negatief beïnvloeden (bijvoorbeeld toename van roken bij stress): overweeg verwijzing naar poh-ggz of psycholoog voor behandeling van deze psychosociale risicofactoren.

Regionale verwijsafspraken:

Consultatie van de kaderhuisarts

Consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts heeft de voorkeur boven consultatie van de specialist. De kaderhuisarts CVRM van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

Hyperlipidemie

- Als een hoog risico op HVZ blijft bestaan en er sprake is van het niet halen van een gesteld LDL-cholesterol doel (blijkend uit 2 of meer opeenvolgende metingen).
- Triglyceriden >5 mmol/L ondanks leefstijlaanpassingen en eventuele medicatie.
- Verdinking familiale hypercholesterolemie volgens STOEH-criteria (zie NHG-standpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie).
- Onacceptabele bijwerkingen van statines.

- Een zeer laag HDL-cholesterol (<0.6 mmol/L).

Hypertensie

- Als hoog risico op HVZ blijft en >6 maanden sprake is van een persisterende therapieresistente hypertensie (systolische spreekkamerbloeddruk >140 mmHg, ondanks gebruik drie verschillende antihypertensiva in adequate doses, waarvan tenminste 1 een diureticum).
- Intolerantie van antihypertensiva.
- Vermoeden secundaire hypertensie (hypertensie bij leeftijd <40 jaar, klinische aanwijzingen zoals tekenen van het syndroom van Cushing, hypokaliemie (<3.5 mmol/L), vermoeden van chronische nierschade, therapieresistente hypertensie).
- Afwijkend 24-uursbloeddrukpatroon:
 - Non-dipper (bij ≥ 2 metingen)
 - Nachtelijke hypertensie
 - Sterk schommelende bloeddrukken
 - Gemaskeerde hypertensie
- Hypertensieve crisis (=spoedverwijzing!).

Myocardinfarct

De huisarts verwijst patiënt terug naar de cardioloog bij het opnieuw optreden van klachten.

Verwijs direct bij

- AP klachten die niet binnen 15 minuten afnemen (na rust/nitraten).
- Instabiele AP.

Consulter de cardioloog over de urgentie van verwijzing bij

- AP ondanks combinatiebehandeling met twee middelen.
- Aanwijzingen voor hartfalen of ritmestoornissen.
- Niet behalen van einddoelen wat betreft bloeddruk en LDL-c.

Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

- Als een bepaling van de enkel-armindex nodig is die niet in eigen beheer of via Saltro kan worden uitgevoerd (diagnostiek).
- Bij een gemiddelde enkel-armindex van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose (diagnostiek).
- Bij patiënten met diabetes mellitus en een vermoeden van perifeer arterieel vaatlijden (diagnostiek, EAI niet betrouwbaar).
- Perifeer arterieel vaatlijden Fontaine 2 met snelle progressie van de klachten (behandelopties evalueren).
- Perifeer arterieel vaatlijden Fontaine 2 met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining (behandelopties evalueren).
- Bij blijvende verdenking en onduidelijke diagnostiek.

Indicaties voor **acute** verwijzing naar de vaatchirurg:

- Perifeer arterieel vaatlijden stadium 3 en 4 of een enkeldruk <50 mmHg (behandelopties evalueren).

- Vermoeden van trombose of embolie (behandeling).

Consultatie

- Bij goed uitgevoerde maar gefaalde looptraining.

Uitgangspunten voor behandeling in de tweede lijn

Sterk afhankelijk van de Fontaine classificatie. Bij Fontaine 2 zolang mogelijk conservatief met gesuperviseerde looptraining. Bij Fontaine 3 en 4 worden multidisciplinair revascularisatie mogelijkheden in kaart gebracht en zo mogelijk uitgevoerd.

TIA/ CVA

- Patiënten met de verdenking op een beroerte die voor een acute behandeling in aanmerking komen (d.w.z. zich binnen 6 uur na het ontstaan van de verschijnselen melden en/of progressieve neurologische klachten of een gedaald bewustzijn hebben) worden met A1-spoed door de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd.
- Patiënten met verdenking op TIA worden door huisarts direct verwezen naar neuroloog.
- Alle overige patiënten met blijvende uitvalsverschijnselen overlegt de huisarts direct met de neuroloog.

8. Regionale Samenwerkingsafspraken betreffende terugverwijzing van 2e naar 1e :

Hyperlipedemie

- De streefwaarde bereikt is (of een niet beter resultaat bereikt kan worden).
- De oorzaak van een eventuele secundaire hyperlipedemie is behandeld.
- Een stabiele situatie is bereikt.
- NB. Erfelijke dyslipidemie (behoudens multicausale hypercholesterolemie) hoort in principe in de 2e lijn onder controle te blijven.

De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek.

Hypertensie

- De streefwaarde bereikt is (of een niet beter resultaat bereikt kan worden).
- De oorzaak van een eventuele secundaire hypertensie is behandeld.
- Een stabiele situatie is bereikt.
- De huisarts verzocht om inventarisatie en advies (met directe terugverwijzing)

Indicaties voor blijvende behandeling in de tweede lijn:

- I. Zeer therapieresistente hypertensie.
- II. Hypertensie met ernstige eindorgaanschade.

Myocardinfarct

Identificatie van patiënten die mogelijk in aanmerking komen voor substitutie/gedeelde zorg:

- Huisarts/POH gaan 1x per jaar na welke patiënten volgens de RTA terug kunnen naar de huisarts of bij wie gedeelde zorg wenselijk is.
- Huisarts legt dit voor aan de betreffende cardioloog (bij voorkeur in casuïstiekbespreking of via beveiligde mail).

Cardioloog

- Besluit op voordracht van huisarts en/of op basis van de RTA dat de patiënt (gedeeltelijk) overgedragen kan worden naar de huisarts.
- Bespreekt dit met de patiënt en geeft informatiebrief mee.
- Indien de patiënt akkoord gaat maakt de cardioloog een (voorlopige) huisartsenbrief. In dit bericht staat minimaal:
 - Duidelijke vermelding van terugverwijzing en overdracht van zorg aan huisarts dan wel gedeelde zorg.
 - Relevante medische gegevens en behandeling.
 - Resultaten en doelen van de hartrevalidatie (indien nog relevant).
 - Resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (linkerventrikelfunctie, beschrijving eventueel verricht (inspannings-)ECG).
 - Actuele medicatie: een overzicht van de medicatie met indien ongebruikelijke indicatie of dosering, vermelding van de indicatie en de gebruiksduur. Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie en/of stopredenen.
 - Follow up afspraak bij de huisarts en/of cardioloog.
 - Wensen/doelen van de patiënt om mee verder te gaan bij de huisarts (indien bekend).
 - Overige betrokken disciplines (indien bekend).
- Geeft de patiënt het advies om een afspraak te maken met zijn eigen huisarts binnen 2 weken.
- Draagt zorg voor het niet openen van DOT's die betrekking hebben op CVRM bij patiënten die in het gedeelde zorg traject zitten.

Huisarts

- Verwerkt Edifactbericht over terugverwijzing of gedeelde zorg in het HIS.
- Neemt patiënt op in CVRM programma en checkt of er een afspraak in de agenda staat.
- Ziet patiënt de eerste keer na ontslag en daarna minimaal jaarlijks.
- Wordt vanaf het eerste contact met de patiënt de hoofdbehandelaar CVRM (zowel bij gedeelde zorg als terugverwijzing).
- Informeert de POH over de terugverwijzing en verwijst de patiënt naar spreekuur van POH.
- POH neemt patiënt op in gestructureerde CVRM spreekuur en verwijst naar/onderhoudt zo nodig contact met andere disciplines.

Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

- Bij chronische ischaemie type Fontaine II, een EAI tussen de 0,9 en 1,0 en een niet acuut niet vitaal bedreigde situatie.
- Bij endovasculair/ operatief ingrijpen zonder verhoging kwaliteit van leven.

TIA/CVA

- Neuroloog ziet patiënten maximaal drie maanden na ontslag of het eerste polikliniekbezoek terug op de polikliniek. Dit geldt in geval van vaatchirurgisch ingrijpen ook voor vaatchirurg.
- De neuroloog verwijst de patiënt terug naar de huisarts voor het verdere CVRM.

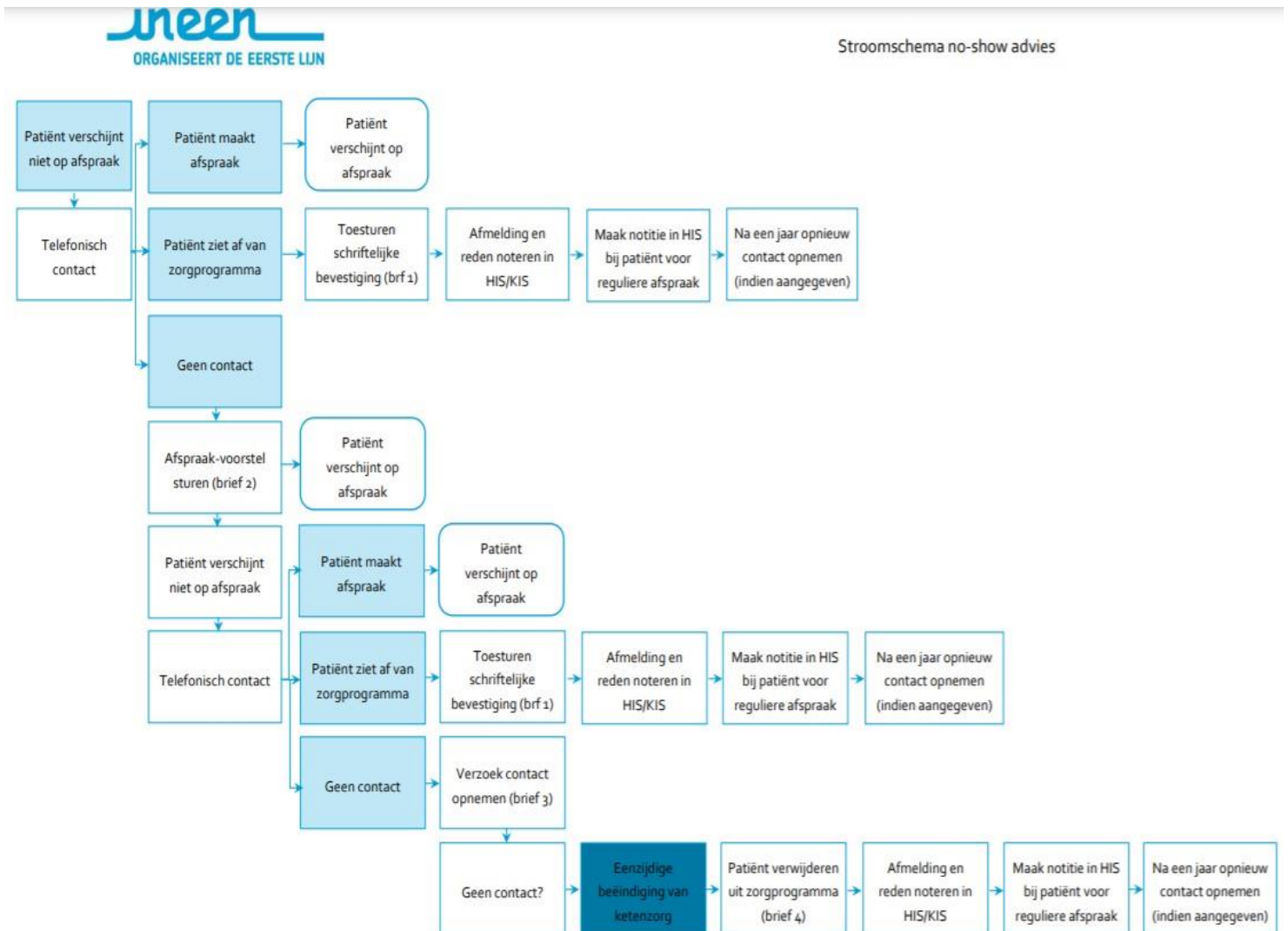
- Huisarts / POH neemt contact op met patiënt na ontvangst ontslagbrief en maakt, al naar gelang de urgentie van de bevindingen, een afspraak voor binnen vier weken.

Aandachtspunten bij de follow-up voor deze patiëntengroep

- Extra aandacht voor zelfredzaamheid, cognitief functioneren / depressie, toestand mantelzorger, hulp thuiszorg.

Bijlage 1 No show beleid

Als een patiënt herhaaldelijk niet verschijnt bij controleafspraken en niet reageert op uitnodigingen voor controleafspraken kan een huisarts de afweging maken om deelname aan het ketenzorgprogramma eenzijdig te beëindigen



Ineen No Show beleid

Bijlage 2 Toelichting bij het gebruik van de nieuwe SCORE-tabel

Toelichting bij het gebruik van de nieuwe SCORE-tabel

1. In de SCORE-tabel staat zowel het tienjaarssterfterisico ten gevolge van hart- en vaatziekten afgebeeld, als een indicatie van het risico op ziekte plus sterfte. De sterfterisico's zijn leidend bij het bepalen van de risicocategorie (de kleur van de vakjes). Aangezien de kans op ziekte sterk afhangt van de ziektebeelden die geïnccludeerd worden, wordt een onder- en bovengrens van dit risico op ziekte plus sterfte op hart- en vaatziekten aangegeven. Risico's op ziekte plus sterfte zijn vooral nuttig in de communicatie met patiënten, bijvoorbeeld om de wenselijkheid en potentiële winst van behandeling te communiceren, maar omdat bij eenzelfde sterfterisico het risico op ziekte plus sterfte kan verschillen (afhankelijk van vooral leeftijd en geslacht), kan het ziekte-plus-sterfterisico ook worden gebruikt bij twijfel over de beslissing tot behandeling. Digitale tools kunnen worden gebruikt om het risico te berekenen (bijvoorbeeld zoals deze beschikbaar is in NHGDoc, in HISsen en KISsen). Zie voor meer uitleg over de totstandkoming van de SCORE-tabel noot 49 van de NHG-Standaard CVRM.
2. De SCORE-tabel geeft cijfers voor 45-, 50-, 55-, 60- en 65-jarigen, maar is bedoeld om risico's te schatten voor personen van 40 tot 70 jaar. Voor leeftijden tussen de 45 en 65 jaar die tussen de risicovakjes in vallen, kan het risico door middel van interpolatie worden geschat (neem bij 57 jaar het gemiddelde van de waarden bij 55 en 60 jaar). Bij personen < 45 en > 65 jaar kan het risico niet door interpolatie geschat worden omdat de risico's bij respectievelijk 40 en 70 jaar niet gegeven zijn. Indien u het risico van een persoon tussen de 40 en 44 jaar schat (die niet door bestaande morbiditeit al in een bepaalde risicocategorie valt), kunt u kijken naar de cijfers bij een persoon van 45 jaar. Het absolute risico van personen < 40 jaar is vrijwel altijd < 1%. Het geschatte risico bij een leeftijd 40 tot 44 jaar zal dus lager liggen dan u vindt in de tabel bij 45 jaar en de persoon valt altijd in de groene categorie (laag tot matig verhoogd risico). Indien u het risico van een persoon tussen de 66 en 70 jaar wilt schatten, kijkt u naar de cijfers bij personen van 65 jaar. Het risico voor de desbetreffende patiënt zal hoger liggen dan de waarde die u in de tabel vindt. Het is daarbij goed om te weten dat het absolute risico van 70-plussers vrijwel altijd > 10% (zeerhoogrisicocategorie) ligt. De kans dat u behandeling van risicofactoren moet overwegen dan wel aanraden, wordt groter ten opzichte van het risico dat u bij 65 jaar vindt. In de digitale tools (zie toelichting 1) zijn soms wel berekeningen mogelijk voor de 40- tot 45-jarigen en 65- tot 70-jarigen.
3. De wijzigingen in de SCORE-tabel, vooral het feit dat nu alleen het tienjaarsrisico op sterfte door hart- en vaatziekten leidend is bij het bepalen van de risicocategorieën, hebben als gevolg dat er minder patiënten in de hoogste risicocategorie vallen. Tevens kan het daardoor voorkomen dat patiënten die op dit moment medicamenteus behandeld worden, zoals geadviseerd werd door de vorige NHG-Standaard CVRM, volgens de huidige SCORE-tabel in een lagere risicocategorie vallen, met een ander advies over de behandeling. Wij adviseren om de medicatie bij deze patiënten in principe toch voort te zetten. De kans dat ze in de nabije toekomst opnieuw zouden moeten starten is anders groot. De wijziging in risicocategorie gaat in de meeste gevallen om de verandering van zeer hoog risico naar een hoog risico of van hoog risico naar een laag tot matig verhoogd risico. In enkele gevallen verandert het risico van zeer hoog naar laag tot matig verhoogd. In deze gevallen had een persoon een ratio TC/HDL van 3, maar is bij een ratio TC/HDL van 4 in de 'oude' tabel gekeken bij gebrek aan de ratio TC/HDL van 3. In de nieuwe SCORE-tabel is een ratio TC/HDL van 3 toegevoegd, waardoor het risico voor deze patiënten nog extra afneemt.

Bijlage 3: Gedelegeerde taken Doktersassistente

Ten aanzien van de CVRM ketenzorg zijn de huisarts en POH het aanspreekpunt voor de periodieke controles, leefstijladviezen en (eventueel) starten en/of aanpassen van medicatie.

In dit proces kunnen er eventueel wel taken aan de doktersassistente gedelegeerd worden.

De volgende taken kunnen aan de doktersassistente worden gedelegeerd:

- Bloeddrukmeten t.a.v. controle na starten medicatie en/of leefstijladviezen -> **Dit valt onder de ketenzorg en mag niet worden gedeclareerd.**
- Uitleggen en uitreiken leen-bloeddrukmeter voor geprotocolleerde thuismeting **Dit valt onder de ketenzorg en mag niet worden gedeclareerd.**
- Uitleggen en aansluiten/afkoppelen van de ambulante 24 uren bloeddrukmeter (M&i verrichting)
- 30 minuten bloeddrukmeting (M&i verrichting)

De periodieke controle voor de laag matig risico patiënten controle verlopen via de huisarts en/of POH en worden gedeclareerd.

De periodieke controle van de **hoog risico** en **zeer hoog risico** patiënten verlopen ook via de huisarts en/of POH echter worden deze **NIET** gedeclareerd omdat deze via de ketenzorgmodule worden verloopt.

Bijlage 4: Benchmark indicatoren volgens InEEN

Benchmark indicatoren.

Voor de ketenzorg CVRM zijn er afspraken met de zorgverzekeraar gemaakt voor het aanleveren van cijfers ten aanzien van de benchmark-indicatoren.

De benchmark indicatoren voor de CVRM zijn als onderstaande geformuleerd door InEen.

Deze zijn ook terug te vinden in de brief van InEen "Indicatoren transparante ketenzorg over 2022".

Hart- en Vaatziekten

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie HVZ
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is bepaald in meetperiode
2	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger en een systolische bloeddruk bepaling in de afgelopen 12 maanden met een adequaat gereguleerde bloeddruk (praktijk, thuis, 24-uur, 30 minuten) ³
3	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met een streng gereguleerd LDL ⁵
4	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
5	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
6	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen jaar
7	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in de afgelopen 12 maanden

³ Wijziging bloeddruk van ≤ 140 naar 'adequaat gereguleerde bloeddruk' (afhankelijk van type meting) wordt al bij de invulformats voor verslagjaar 2019 doorgevoerd (overgenomen van NHG). Zorggroepen die al veel doen met andere bloeddrukmetingen dan de praktijkmeting scoren anders ten onrechte slechter. Omdat voorheen ook de losse thuismeting werd meegenomen, werd die in 2019 ook nog toegevoegd. Er geldt vanaf 2020 alleen nog de geprotocolleerde thuismeting (5-7 daags gemiddelde)

⁴ LDL < 2.6 of non-HDL < 3.4

⁵ LDL < 1.8 of non-HDL < 2.6

N.B. Uit de verdeling van de HVZ-patiënten over beide categorieën kan de omvang van tussencategorie van HVZ patiënten met een LDL tussen 1.8 en 2.6 (≥ 1.8 LDL < 2.6 of ≥ 2.6 non-HDL < 3.4) worden afgeleid.

VVR (patiënten met hypertensie of hypercholesterolemie)

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie VVR
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is bepaald in meetperiode
2	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma jonger dan 70 jaar en een systolische bloeddruk bepaling in de afgelopen 12 maanden met een adequaat gereguleerde bloeddruk (praktijk, thuis, 24-uur, 30 minuten) ¹
3	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met een gereguleerd LDL ²
4	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
5	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
6	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen jaar
7	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode

¹Wijziging bloeddruk van ≤ 140 naar 'adequaat gereguleerde bloeddruk' (afhankelijk van type meting) wordt al bij de invulformats voor verslagjaar 2019 doorgevoerd (overgenomen van NHG). Zorggroepen die al veel doen met andere bloeddrukmetingen dan de praktijkmeting scoren anders ten onrechte slechter. Omdat voorheen ook de losse thuismeting werd meegenomen, werd die in 2019 ook nog toegevoegd. Er geldt vanaf 2020 alleen nog de geprotocolleerde thuismeting (5 – 7 daags gemiddelde)

² LDL < 2.6 of non-HDL < 3.4

Bijlage - Indicatoren landelijke benchmark ketenzorg verslagjaar 2022 innovatieset

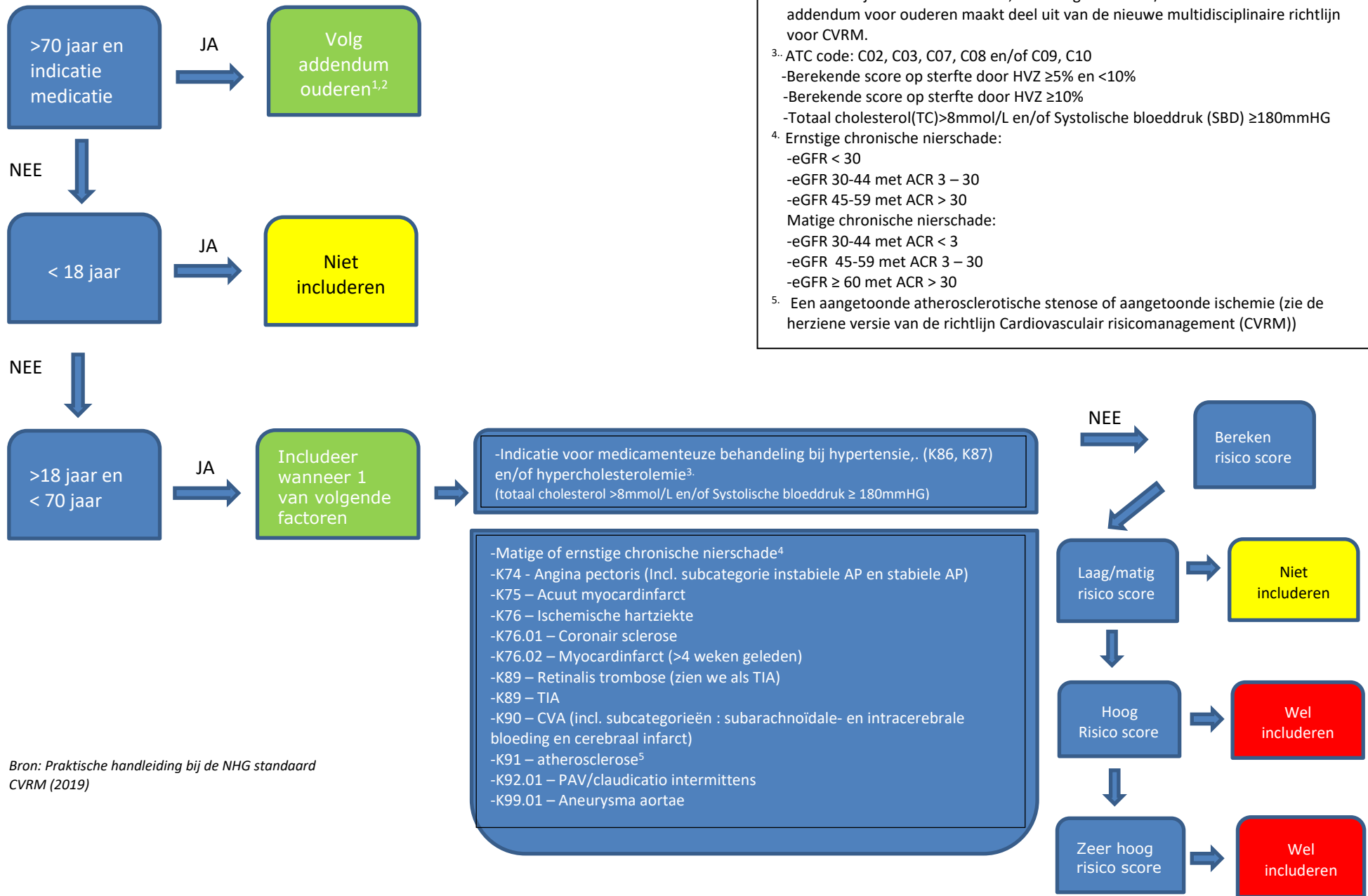
Hart- en Vaatziekten

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met persoonlijke streefwaarde LDL of met persoonlijke streefwaarde systolische bloeddruk
2	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met thuismeting systolische bloeddruk
3	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met meting stappenteller
4	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma met een individueel zorgplan (izp)

VVR

Indicatornr	Omschrijving (InEen)
1	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma met persoonlijke streefwaarde LDL of met persoonlijke streefwaarde systolische bloeddruk
2	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma met thuismeting systolische bloeddruk
3	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma met meting stappenteller
4	Percentage VVR patiënten heel jaar in zorgprogramma met een individueel zorgplan (izp)

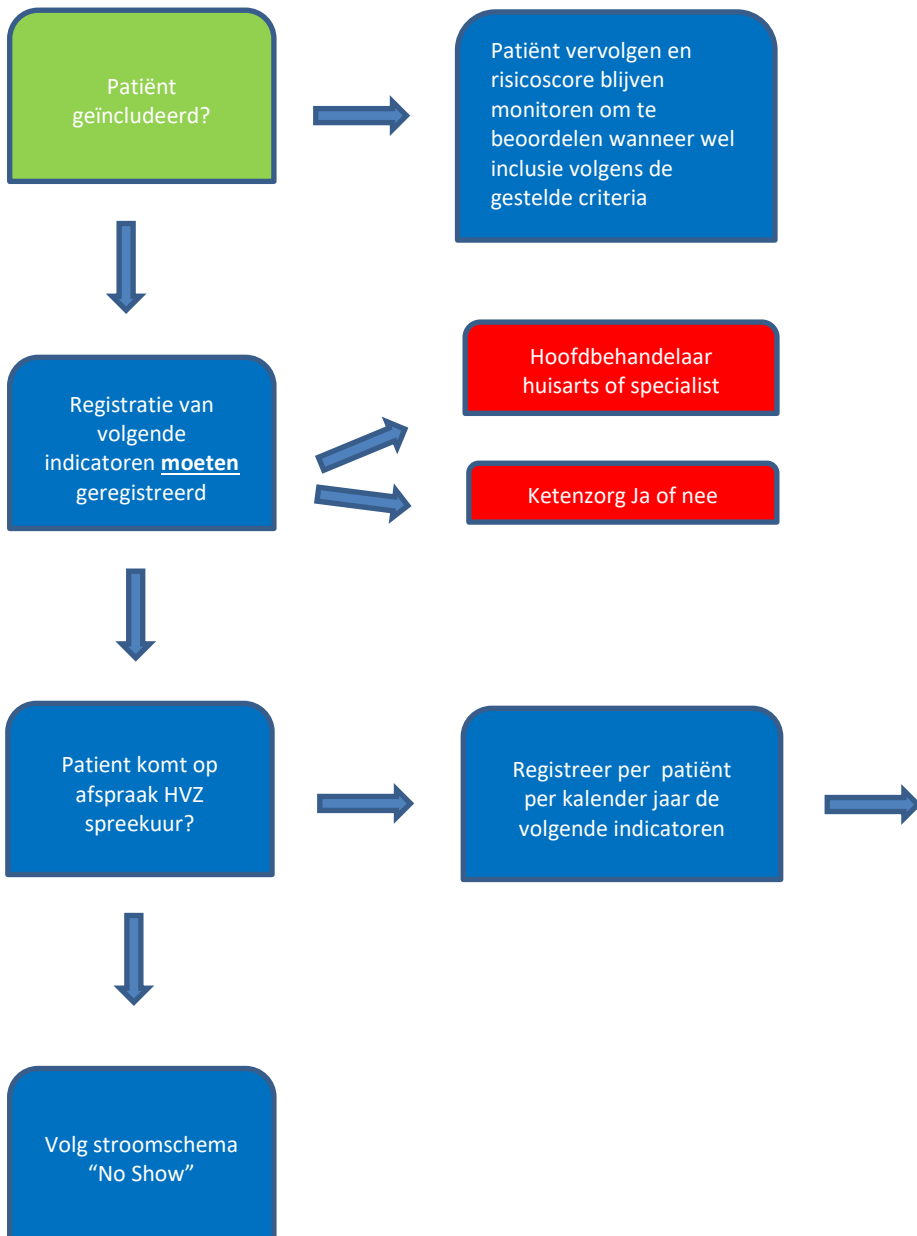
Bijlage 5: Stroomschema Inclusiecriteria CVRM



Bron: Praktische handleiding bij de NHG standaard CVRM (2019)

- 1- Zie bijlage
- 2. Bij personen >70 jaar wordt de SCORE niet bepaald. Inclusie in ketenzorgprogramma is afhankelijk van kwetsbaarheid, aanwezige ziekte en/of risicofactoren. Het addendum voor ouderen maakt deel uit van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor CVRM.
- 3.- ATC code: C02, C03, C07, C08 en/of C09, C10
 -Berekende score op sterfte door HVZ ≥5% en <10%
 -Berekende score op sterfte door HVZ ≥10%
 -Totaal cholesterol(TC)>8mmol/L en/of Systolische bloeddruk (SBD) ≥180mmHG
- 4. Ernstige chronische nierschade:
 -eGFR < 30
 -eGFR 30-44 met ACR 3 – 30
 -eGFR 45-59 met ACR > 30
 Matige chronische nierschade:
 -eGFR 30-44 met ACR < 3
 -eGFR 45-59 met ACR 3 – 30
 -eGFR ≥ 60 met ACR > 30
- 5. Een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie (zie de herziene versie van de richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM))

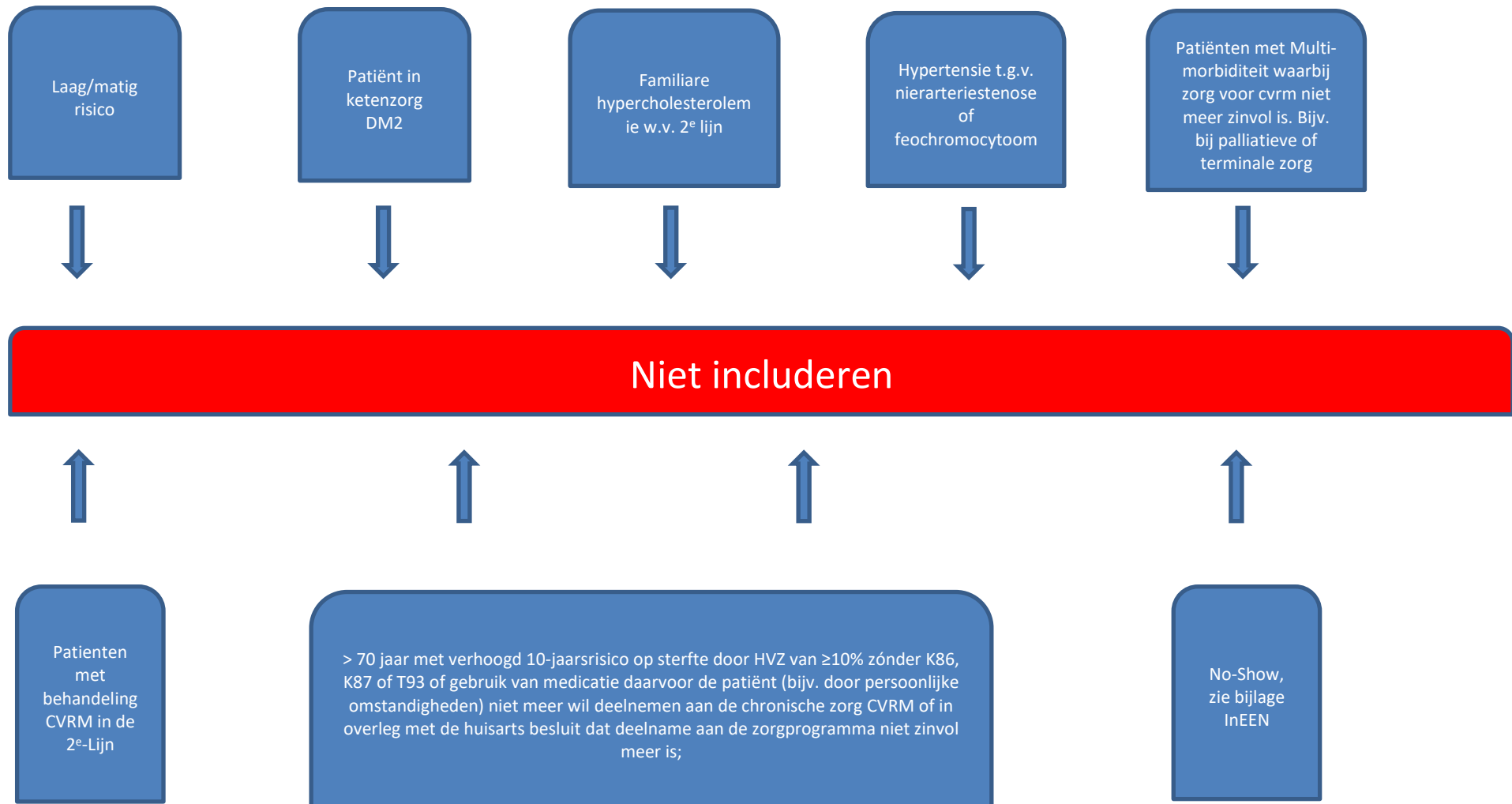
Hart- en Vaatziekten



Indicatornr	Omschrijving (InEen)
	Prevalentie HVZ
	Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
	Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
1	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie de bloeddruk is bepaald in meetperiode
2	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger en een systolische bloeddruk bepaling in de afgelopen 12 maanden met een adequaat gereguleerde bloeddruk (praktijk, thuis, 24-uur, 30 minuten) ³
3	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma 70 jaar of jonger met een streng gereguleerd LDL ⁵
4	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
5	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma dat rookt
6	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie eGFR is bepaald in afgelopen jaar
7	Percentage HVZ patiënten heel jaar in zorgprogramma bij wie mate van beweging is vastgelegd in de afgelopen 12 maanden

- bloeddruk
- LDL-cholesterol
- Rookgedrag
- Roken
- Mate van beweging
- eGFR

Bijlage 6: Exclusiecriteria CVRM

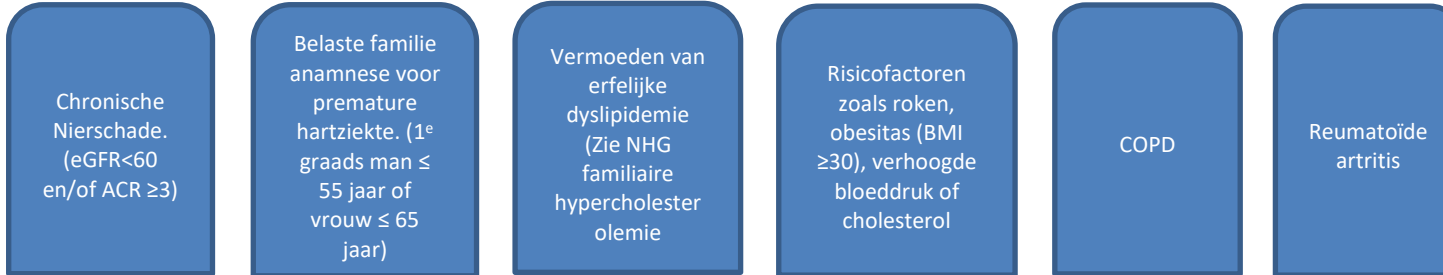


Bijlage 7: Samenvatting Addendum ouderen >70 jaar

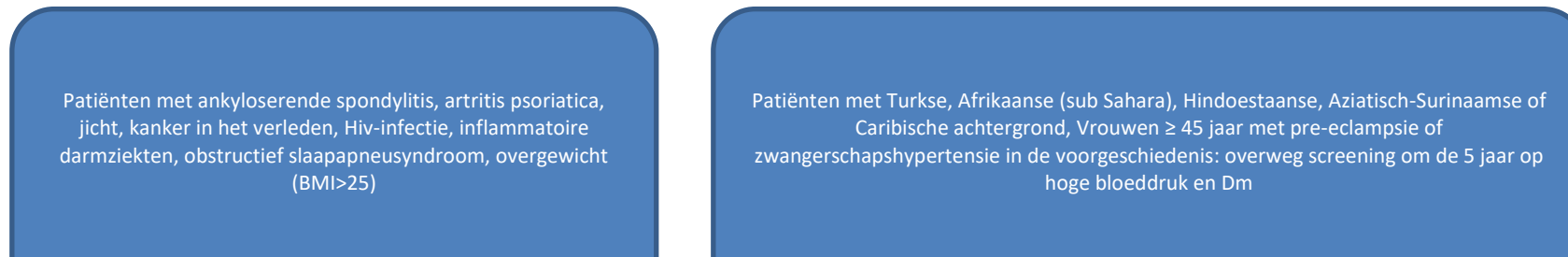
Samenvatting addendum ouderen : indicatie voor medicatie is inclusie criterium voor ketenzorg			
Stroomschema voor inclusie en behandeling			
		Bloeddruk	Cholesterol
niet kwetsbaar	Wel HVZ	Start medicatie bij systole >160 mmHg	Start medicatie aanbevolen
		Stop niet tenzij hinderlijke bijwerkingen	Stop niet tenzij hinderlijke bijwerkingen
	Geen HVZ	Overweeg medicatie bij systole >160 mmHg	Start alleen bij hoog geschat risico en voldoende levensverwachting
		Stop niet tenzij hinderlijke bijwerkingen	Addendum doet geen uitspraak
kwetsbaar	Wel HVZ	Aanbevolen bij systole >160 mmHg en voldoende levensverwachting	Overweeg na recent event en voldoende levensverwachting
		Laagdrempelig stoppen bij bijwerkingen en geringe levensverwachting	Overweeg te stoppen bij bijwerkingen of geringe levensverwachting
	Geen HVZ	Overweeg medicatie bij systole >160 mmHg En voldoende levensverwachting	Starten ontraden
		Laagdrempelig stoppen bij bijwerkingen en geringe levensverwachting	Stoppen aanbevolen

Bijlage 7: Casefinding CVRM

De NHG standaard geeft aan dat ook de volgende patiëntengroepen in aanmerking komen voor een cardiovasculaire risicoprofiel:



Overweeg om een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen bij



Het opstellen van een risicoprofiel dient altijd te worden aangeboden aan patiënten die bekend zijn met:

