



Zorgprogramma CVRM RHOGO

Versie: februari 2022

Inleiding

1.	Het chronische zorgmodel	3
2.	Ondersteuning van zelfmanagement	3
3.	Het zorgproces	5
3.1	het includeren van patienten	5
3.2	Het schematische zorgproces	11
3.2.1	Het niet-medicamenteuze beleid	13
3.2.2	Het medicamenteus beleid bij hypertensie	15
3.3	Risico inschatting	18
3.3.1	Opstellen van een risicoprofiel	19
3.3.2	Risico inschatting mbv SCORE	20
3.4	Risicoverlaging laag en hoog risico patienten	22
3.4.1	Leefstijl	22
3.4.2	lipiden	23
3.5	Risicoverlaging bij zeer hoog risico patienten	25
3.6	Risicoverlaging bij ouderen	26
3.6.1	leefstijl	26
3.6.2	lipiden	26
4.	Beslissingsondersteuning	26
5.	Keten Informatie Systeem (KIS)	27
6.	Organisatie	28
	Bijlage 1: Zorgweigeraar / no show	30
	Bijlage 2: Intake consult	30
	Bijlage 3: Jaarcontrole	31

De NHG richtlijnen waar verder gebruik van wordt gemaakt zijn:

- M84 Cardio Vasculair Risico Management 2012
- M80 Acuut coronair syndroom
- M79 Atriumfibrilleren
- M103 Beroerte
- M51 Hartfalen
- M13 Perifeer Arterieel Vaatlijden
-

Ook werd de RTA Midden Nederland CVRM en de LTA CVRM gebruikt.

De afgelopen jaren heeft de zorggroep ook de zorgprogramma's Diabetes Mellitus en COPD ontwikkeld en geïmplementeerd. Hierbij is het Chronische Zorg Model leidend geweest.

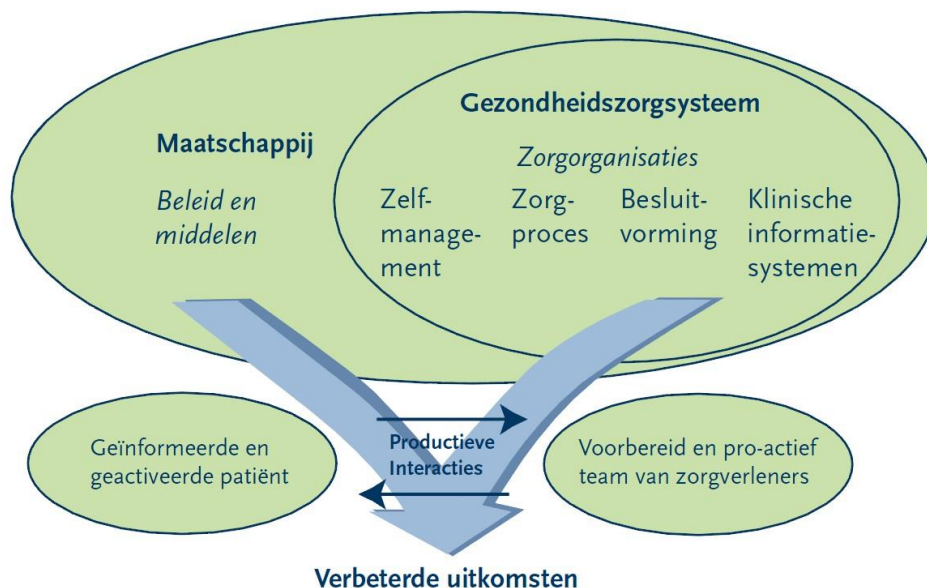
1. Het chronische zorgmodel

Met gegevens uit de wetenschappelijke literatuur is het [Chronic Care Model](#) ontwikkeld. In dit model worden de kernelementen beschreven die belangrijk zijn voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken.

Het onderstaande model is een schematische weergave van het Chronische Zorg Model. De opbouw van het gezondheidszorgsysteem is opgebouwd uit 4 kernonderdelen:

- ondersteuning van het zelfmanagement;
- de opbouw van het zorgproces;
- besluitvorming met behulp van richtlijnen en protocollen;
- digitale klinische informatie systemen zichtbaar voor patiënt en zorgverlener.

Chronic Care Model - Model voor geïntegreerde, chronische zorg



De inhoud van het zorgprogramma wordt in de volgende hoofdstukken beschreven. Hierbij zijn de vier kernonderdelen van het chronische zorgmodel als uitgangspunten genomen. De zorgstandaard vasculair risicomangement is ook op dit zorgmodel gebaseerd.

2. Ondersteuning van zelfmanagement

Belangrijk bij goed vasculair risicomangement is een samenwerking tussen de patiënt en de behandelaars. Hierbij heeft de patiënt natuurlijk een centrale rol. De patiënt levert individuele informatie aan, in aanvulling op de meer generieke informatie die de zorgverlener inbrengt. Beide informatiebronnen zijn nodig voor het nemen van adequate beslissingen bij het vaststellen van het beleid.

De patiënt met een HVZ (Hart en Vaatziekten) is actief betrokken bij de behandeling, omdat het gaat

over leefstijl en medicatie gebruik. Voor het vervullen van deze centrale rol krijgt de patiënt begeleiding. Hierbij is het van belang dat de patiënt de onderstaande facetten begrijpt:

1. Wat is het vasculaire risico?
2. Waaruit bestaat de behandeling?
3. Wat is de prognose?
4. Wat is de betekenis van symptomen?
5. Welke effect hebben leefstijl en medicijnen op het vasculair risico?
6. Hoe zijn de risicofactoren te beïnvloeden?
7. Hoe moet je omgaan met de consequenties en emoties die opgeroepen worden door het hebben van hart- of vaatziekten?
8. Hoe communiceer je effectief met zorgverleners, familie, collega's en vrienden?

Om bovenstaande te kunnen bereiken is bij ondersteuning van het zelfmanagement aandacht voor rationele en emotionele begeleiding door de POH-s, de diëtist en de huisarts. Hierbij wordt gebruikt gemaakt motivational interviewing.

Hierin zijn de zorgverleners van RHOGO vrijwel allen geschoold in relatie tot het leveren van de andere vormen van ketenzorg. In het hoofdstuk zorgproces worden bovenstaande facetten per onderwerp uitgewerkt en toegelicht.

Ter ondersteuning van het zelfmanagement wordt gebruik gemaakt van het individueel zorgplan (IZP) welke opgenomen is in het KIS. Hierin wordt vermeld welke doelen de patiënt met zijn hulpverlener heeft afgesproken, welke begeleiding de patiënt krijgt en hoe deze doelen worden vervolgd. Het opstellen van het zorgplan gebeurt met nadruk in samenspraak met de patiënt.

Patiënten kunnen gebruik maken van een ICT tool om voor eigen informatie beheer een instrument te kunnen benutten. Ook het KIS biedt een inzage en registratie mogelijkheid (cBoards) waardoor de patiënt een deel van de meetwaarden zelf in kan voeren.

Patiënten worden gewezen op de vele mogelijkheden die de nieuwe media hen bieden om ten behoeve van zelfzorg te gebruiken en hen wordt aangeraden om het lidmaatschap van een patiëntenvereniging als [De Harteraad](#) te overwegen. Ook wordt de patiënt gewezen op de informatie die zij kunnen vinden op de website van [De Hartstichting](#) of op de websites van [NPCF](#) en [Thuisarts](#).

3. Het zorgproces

3.1 Incluseren van patiënten

Het onderscheid tussen primaire en secundaire preventie is sinds 2020 verdwenen; we spreken over **laag risico (groen) - hoog risico (oranje) – zeer hoog risico (rood)**.

De inclusiecriteria, gebaseerd op de herziene versie van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) per december 2019 zijn:

CVRM: (zeer) hoog risico (rood in de risico tabel):

Inclusiecriteria

1. - ≥ 18 jaar en < 70 jaar en minimaal één van de onderstaande criteria:

U99.01 - 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)

K90.02 - Intracerebrale bloeding

K90.03 - Cerebraal infarct

K91 - Atherosclerose

K92.01 - PAV/ claudicatio intermittens

K99.01 - Aneurysma aortae

2. Patiënten > 40 jr en < 70 jr oud zonder een van de bovenstaande aandoeningen, die volgens de risicotabel van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement) een indicatie hebben voor medicamenteuze behandeling (≥ 10 % Risico)

3. - ≥ 70 jaar EN – Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen

4. Exclusiecriteria – Patiënt die in het zorgprogramma voor Diabetes Mellitus geïnccludeerd is. Diabetes patiënten vallen allemaal in de Zeer Hoog of Hoog Risico categorie en dienen voor CVRM gecontroleerd te worden maar dit gebeurt al in het DM Zorgprogramma. DM gaat altijd boven CVRM.

Patiënten die niet meer onder behandeling zijn van de specialist en zijn terugverwezen naar hun huisarts (op papier) voor "overname CVRM-controles", worden gezien door de POH. Deze controleert jaarlijks een CVRM-lab incl. bloeddruk, gewicht, leefstijl, voeding.

Hoog risico: oranje

HVZ en nu toegevoegd CNS (Chronische Nierschade: geel, oranje en groen)): moeten gezien worden door de POH (niet door de assistente): inclusie Ketenzorg. **Geen** declaratie van consulten en SMR.

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

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

Lichtoranje

– 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)

Wat te doen met de voorheen primaire patiënten: de patiënten die al jaren met enkel een bloeddrukverlager of statine in zorg zijn? Volgens de nieuwe risicotabel zouden deze patiënten alleen gezien mogen worden door de POH.

Dit is niet wenselijk

- Gezien de druk die al bij POH ligt i.v.m. het enorme aantal patiënten in deze groep
- Gezien de POH-S gelden die verdwijnen per 1-1-2022 en de mogelijke druk op de POH-sprekkuren die dit zal veroorzaken
- Gezien de schaarste aan POH's
- Gezien de formatie op de praktijk: te weinig spreekkamers, POH werkt vaak op meerdere praktijken; te weinig POH-uren beschikbaar.

Zouden dit nieuwe patiënten zijn, dan zouden zij wellicht niet eens een bloeddrukverlager hebben gekregen. Maar na zoveel jaar stoppen met medicatie die goed werkt is niet altijd de oplossing.

Volgens de nieuwe situatie vallen patiënten met een medicijn (bloeddrukverlager of statine) altijd in een hoge risicogroep (oranje). In de praktijk is dit anders. We noemen deze groep voor het gemak even **lichtoranje**. Deze groep behoort niet altijd in de CVRM Ketenzorg, de benodigde zorg staat niet in verhouding tot de inhoud van het zorgprogramma en het besluit tot inclusie moet zorgvuldig worden afgewogen.

Werkwijze: De POH of huisarts overweegt bij elke lichtoranje patiënt of de medicatie gestopt kan worden en bepaalt daarna de mate van risico d.m.v. de SCORE tabel (t/m 65 jaar). Bepaal aan de hand van de SCORE tabel of iemand toch geïnccludeerd moet worden -> patiënten gaan of terug naar groen (geen medicatie), blijven lichtoranje, worden oranje of rood.

Zonder andere risicofactoren blijft de 'lichtoranje' patiënt buiten de Ketenzorg en wordt gezien door de assistente. De assistente wordt geschoold in gebruik van de risico tabel en draagt de zorg over indien de patiënt bij de jaarlijkse controle in de hoog risico categorie blijkt te vallen.

Zowel de groene als de lichtoranje groep worden gemonitord in het (virtuele) kis, maar zij worden niet geïnccludeerd!

Laag tot matig verhoogd risico: Groen

Patiënten **zonder medicatie maar met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten** (bijvoorbeeld door obesitas, pre-diabetes of familiale hypercholesterolemie) mogen gezien worden door de assistente: **geen** inclusie Ketenzorg. Wel mag de assistente consulten declareren.

Veel assistentes vinden het consulteren van CVRM-patiënten erg leuk om te doen en een welkome afwisseling op hun assistenten spreekuur. Het zou jammer zijn om deze patiënten weg te halen bij de assistentes.

Het gaat vaak om grote aantallen, waar de POH op haar spreekuur geen tijd voor heeft. Omdat er in deze groep juist erg veel te winnen valt is scholing te adviseren op het gebied van leefstijl coaching, motivational interviewing, labwaardes interpreteren.

Te overwegen valt om praktijken te stimuleren om een assistente de opleiding **CVRM Ondersteuner Huisarts** te laten volgen. Dit is een post-MBO cursus die onder meer wordt aangeboden door DOKh en gelijkwaardig is aan de SOH opleiding. Zie [CVRM opleiding](#).

Praktijken kunnen er ook voor kiezen om patiënten uit de Groene risicogroep deels ook door de POH te laten begeleiden. Zij is mogelijk meer bedreven in motiverende gespreksvoering om de risicofactoren aan te pakken. Omdat deze patiënten niet onder de Ketenzorg vallen mag de POH daar vanaf 2022 ook een (dubbel) consult voor declareren.

Deelnemende praktijken laten ook hun assistentes deelnemen aan de basisscholing CVRM en volgen een jaarlijkse update.

NB: advies als een praktijk voor deze manier van werken kiest:

❖ Labuitslagen moeten eerst gezien worden door de huisarts, geïnterpreteerd worden en voorzien van een opmerking voordat de patiënt bij de assistente op consult komt.

❖ Afwijkende bloeddrukwaardes -gemeten tijdens het consult of 24 uurs metingen- worden overlegd met de huisarts en teruggekoppeld naar de patiënt.

❖ Stoppen met Roken wordt door de assistente kort besproken (“very brief advice”) en door de POH vervolgens uitgevoerd.

De POH is op dit moment door Zilveren Kruis niet verplicht in het Kwaliteitsregister van Kabiz te staan voor Stoppen met roken. Wel moet zij een juiste opleiding gevolgd hebben. Zie hiervoor [Kabiz - stoppen met roken coach](#).

■ Zeer hoog risico ■ Hoog risico ■ Laag tot matig verhoogd risico

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

eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate/geschatte nierfunctie; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol); SCORE = Systematic Coronary Risk Evaluation; TC = totaal cholesterol.

^a Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.

Beslisboom

Bij de jaarcontrole wordt bekeken of een patiënt terecht in het zorgprogramma CVRM zit. Onderstaand stroomschema kan hiervoor doorlopen worden:

- Leeftijd < 18 jaar → **niet** in zorgprogramma CVRM
- Is de patiënt geïnccludeerd in zorgprogramma DM2 → **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/Ze 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 CVRM beëindigen.
- **Bij patiënten ≥ 70 jaar gelden de criteria uit het addendum ouderen** → heroverweeg medicatie en opname in het zorgprogramma CVRM

Conclusie:

- SCORE op sterfte door HVZ $\geq 10\%$ → **Ze Hoog Risico** → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM
- SCORE op sterfte door HVZ tussen $\geq 5\%$ en $= 10\%$ → **Hoog Risico** → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM. Volgens de nieuwe richtlijn multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement dient bij een risico op sterfte door HVZ $\geq 5\%$ en $< 10\%$ medicatie te worden overwogen.
- Totaal cholesterol (TC) > 8 mmol/l en/of systolische bloeddruk (SBD) > 180 mm/Hg → **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 in aanmerking 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 getoet

Uit het HIS kunnen deze patiënten geëxtraheerd worden, indien goed geregistreerd is in ICPC codes. Wanneer hier onduidelijkheid over is, kan ook op ATC coderingen worden gezocht naar de te gebruiken verschillende medicatie groepen, zoals statines etc. Daarna dient nadere

onderzoek in de dossier plaats te vinden om de hoofdbehandelaar vast te stellen en de "juistheid" van de diagnose, het zgn. dossier onderzoek.

Bij alle mensen met een HVZ (zonder DM) wordt jaarlijks de hoofdbehandelaar CVRM ingevoerd. Hierbij zijn drie mogelijkheden:

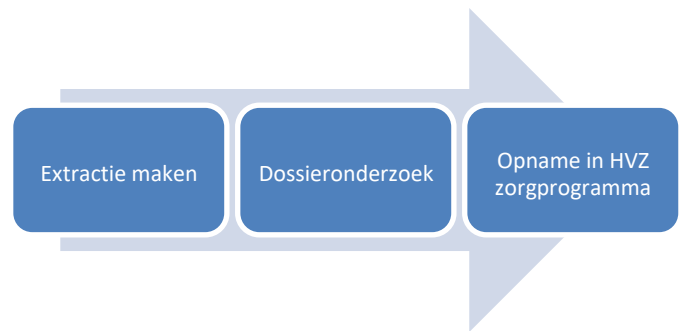
- Huisarts;
- medisch specialist;
- overig/onbekend.

Indien een patiënt in de categorie 'overig/onbekend' valt, wordt in het diagnostisch dossier ook de reden ingevuld van geen geregelde zorg (zie bijlage 3). Hierbij zijn ook drie mogelijkheden:

- patiënt wil niet;
- verzoek arts;
- overig.

Samenvattend:

Alle patiënten met een HVZ (zonder DM) en een hoofdbehandelaar huisarts, zijn opgenomen in het zorgprogramma HVZ.



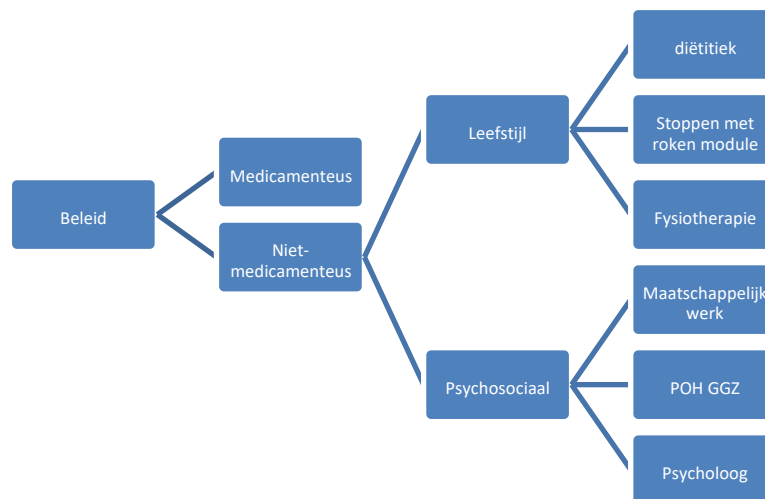
3.2 Het schematische zorgproces

Na de identificatie volgt het eerste consult. Tijdens dit intake consult wordt het beleid vastgesteld en genoteerd in het individueel zorgplan (IZP) van het KIS. Conform de NHG standaard CVRM vindt het vaststellen van het beleid in samenspraak plaats 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 immers van belang omdat preventie van HVZ alleen bij langdurige therapietrouw effectief is. Het beleid wordt gevolgd tijdens de follow-up tot aan de volgende jaarcontrole. In bijlage 4 wordt de inhoud van de jaarcontrole beschreven.



Het beleid zal zowel medicamenteus als niet-medicamenteus zijn. Het niet medicamenteuze beleid omvat naast leefstijlbegeleiding ook verwijzing naar andere disciplines zoals maatschappelijk werk, fysiotherapie, POH GGZ, psycholoog, diëtist en apotheek.

Indien er vragen omtrent het beleid zijn en nog geen verwijzing naar de tweede lijn nodig is, is het mogelijk om de kaderhuisarts HVZ of een van de specialisten, onder andere de cardiologen te raadplegen.



3.2.1 Het niet medicamenteuze beleid

Niet roken

Tijdens de jaarcontrole wordt een op de persoon afgestemd stopadvies gegeven. Hierbij worden de ondersteuningsmogelijkheden besproken, zowel digitaal zoals [Ik stop nu](#) als in blended eHealth en persoonlijk **in groepen** of individueel. Onder andere via de in SMR geschoolde praktijkondersteuner kan een intensieve begeleiding geboden worden. De NHG richtlijn stoppen met roken wordt als leidraad genomen bij de begeleiding en behandeling van rokers. Op onderstaande wijze kan met de diverse type rokers worden omgegaan:

- *Rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen:* afspraak maken voor een intensieve ondersteunende interventie.
- *Rokers die overwegen om te stoppen:* een korte motivatie verhogende interventie wordt aangeboden.
- *Rokers die op dit moment niet gemotiveerd zijn om te stoppen:* vraag toestemming om in een volgend consult terug te komen op de rookstatus en de motivatie.

Beweegadvies

Tijdens de jaarcontrole wordt besproken of mensen bewegen en of ze gemotiveerd zijn om te gaan bewegen. Zo nodig wordt uitleg gegeven over het belang van voldoende bewegen. Patiënten kunnen verder gemotiveerd worden tot het lid worden van een sportvereniging of sportschool. Voor patiënten bij wie bovenstaande opties niet mogelijk zijn, is het mogelijk om mee te doen met een beweegprogramma HVZ, aangeboden door één van de fysiotherapeuten in de regio ([FVGO net - CVRM](#)). Het beleid van de fysiotherapie is gebaseerd op de KNGF standaard Beweeginterventie Coronaire Hartziekten.

Voedingsadvies

Tijdens de controle wordt zo nodig over gezonde voeding gesproken.

De richtlijnen, die als leidraad dienen voor gezonde voeding, zijn:

- het gebruik van roomboter, harde margarines, vette vlees en melkproducten en tussendoortjes (ook zoete) beperken, ter verlaging van het cholesterolgehalte;
- 2 porties (100-150 g) vis per week eten, waarvan ten minste 1 portie vette vis;
- per dag 150 tot 200 gram groente en 200 gram fruit gebruiken;
- het gebruik van zout beperken tot maximaal 6 gram per dag; in de praktijk betekent dit dat wordt geadviseerd om geen zout toe te voegen aan de voeding en voedingsmiddelen die veel zout bevatten te vermijden;
- beperk het gebruik van alcohol. Voor vrouwen geldt maximaal een glas per dag, voor mannen maximaal twee glazen per dag;
- indien van toepassing worden patiënten verwezen naar de diëtist.

Ook wordt de patiënt gewezen op info sites over gezonde leefstijl [Thuisarts - gezonde leefstijl](#) onder andere ten aanzien van dieet maar ook andere onderwerpen op het gebied van voeding.

Gewicht

Er wordt gestreefd naar een optimaal gewicht, dat wil zeggen een BMI ≤ 25 kg/m² bij personen tot 70 jaar. Bij ouderen is de relatie tussen BMI en gezondheid niet zo eenduidig en daarom is dan een BMI ≤ 30 kg/m² acceptabel. Het individuele behandelplan bestaat uit een combinatie van een gezond voedingspatroon, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventueel psychologische begeleiding ter ondersteuning van de gedragsverandering. Bij de behandeling van obesitas is de NHG standaard Obesitas het uitgangspunt. Patiënten kunnen binnen het zorgprogramma ook naar de diëtist worden verwezen voor individueel of **groepsgerichte aanpak** van voedingspatroon verandering.

Stress

Er wordt bij de patiënt nagegaan of stressfactoren aanwezig zijn en of de patiënt deze wil aanpakken. De 4DKL kan hierbij als hulpmiddel gebruikt worden. Tevens wordt zo nodig extra ondersteuning geboden door te verwijzen naar maatschappelijk werk, POH GGZ of een eerstelijns psycholoog.

Omgeving/sociaal

Met de patiënt wordt bekeken hoe zijn sociaal en maatschappelijk functioneren is en wat zijn/haar doelen zijn met betrekking tot werk, relatie, familie/vrienden en hobby's. Deze doelen zijn ook van belang in het individueel zorgplan (IZP). Ten aanzien van de doelen op het werk kan het belangrijk zijn om afspraken te maken met de bedrijfsarts. Ook kan met hen gezocht worden naar een lotgenoten contact in de regio.

3.2.2 Het medicamenteuze beleid bij hypertensie

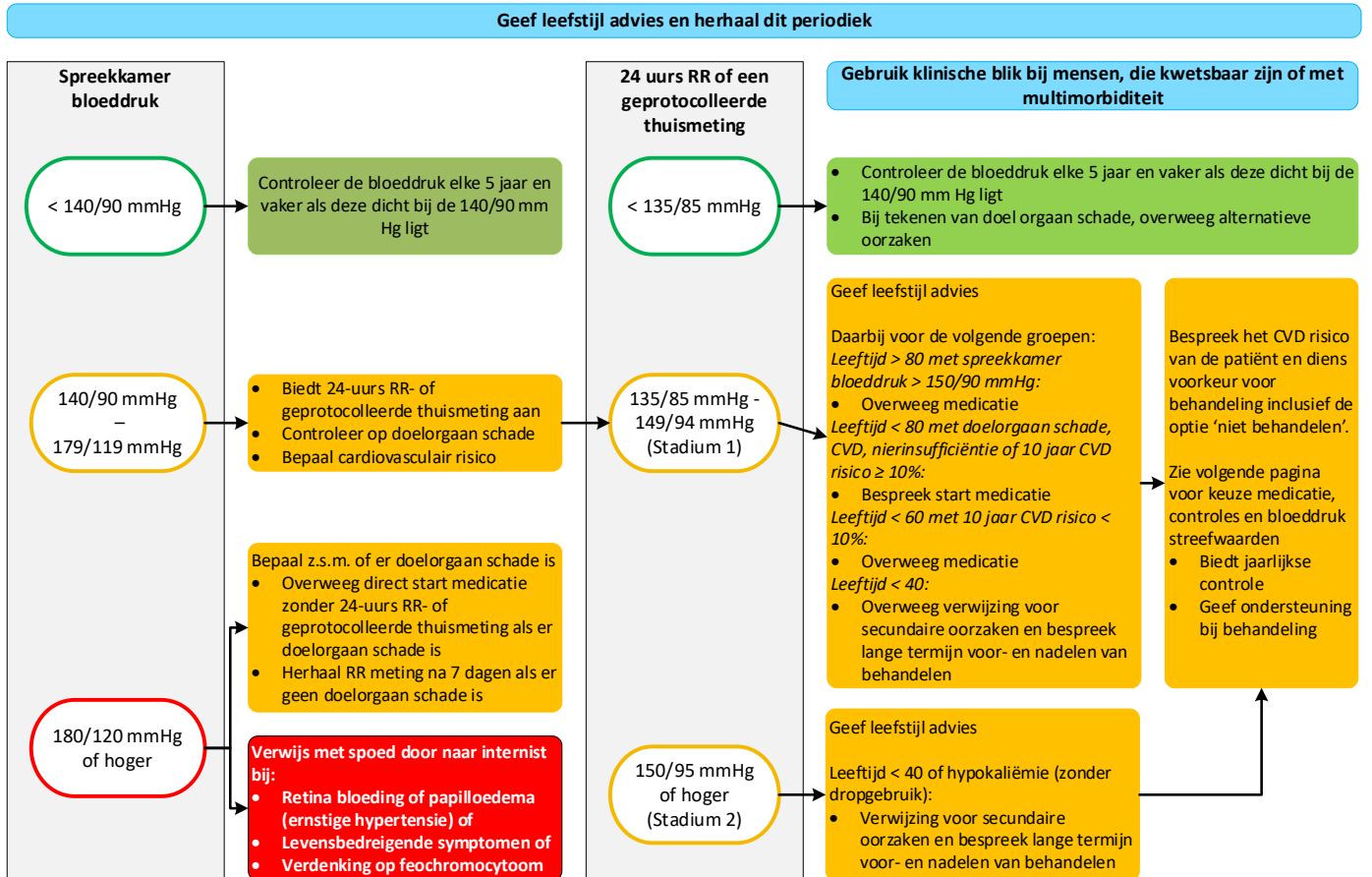
Iedere bloeddruk boven de streefwaarde die voor een specifieke patiëntencategorie geldt, kan worden beschouwd als een verhoogde bloeddruk, waarvoor behandeling, al dan niet medicamenteus, overwogen dient te worden. De systolische bloeddruk wordt gebruikt voor risicostratificatie en streefwaarden. Start bloeddruk verlagende medicijnen bij personen met een systolische bloeddruk >180mmHg, ongeacht het risico op HVZ. De SCORE leidt tot onderbehandeling bij jongeren en overbehandeling bij ouderen. Het is beter om voor deze categorieën de U-Prevent calculator te gebruiken.

Stel verhoogde bloeddruk idealiter vast met een 24uurs bloeddrukmeting, maar dit kan ook met geprotocolleerde thuismetingen. Voor een geprotocolleerde thuismeting dienen patiënten gedurende een week, 2 momenten per dag meestal voor het ontbijt, en meestal 2 uur na het avondeten, 2 maal achter elkaar de bloeddruk op te meten met een valide bovenarms bloeddrukmeter, aan te schaffen via apotheek of webwinkel. Hierbij zitten zij op een stoel, met de arm op tafel, voeten beiden plat op de grond. Voor geprotocolleerde thuismeting is een folder terug te vinden op de website. Vervolg de effecten van de behandeling van verhoogde bloeddruk met ambulante thuisbloeddrukmeting.

Streefwaarde is onder de systolische waarde 140mmHg. Echter, verdere verlaging van de bloeddruk tot waarden <130mmHg kan worden overwogen, indien de behandeling tot <140mmHg goed verdragen wordt. Met name bij risico verhogende factoren zoals diabetes mellitus en chronische nierschade.

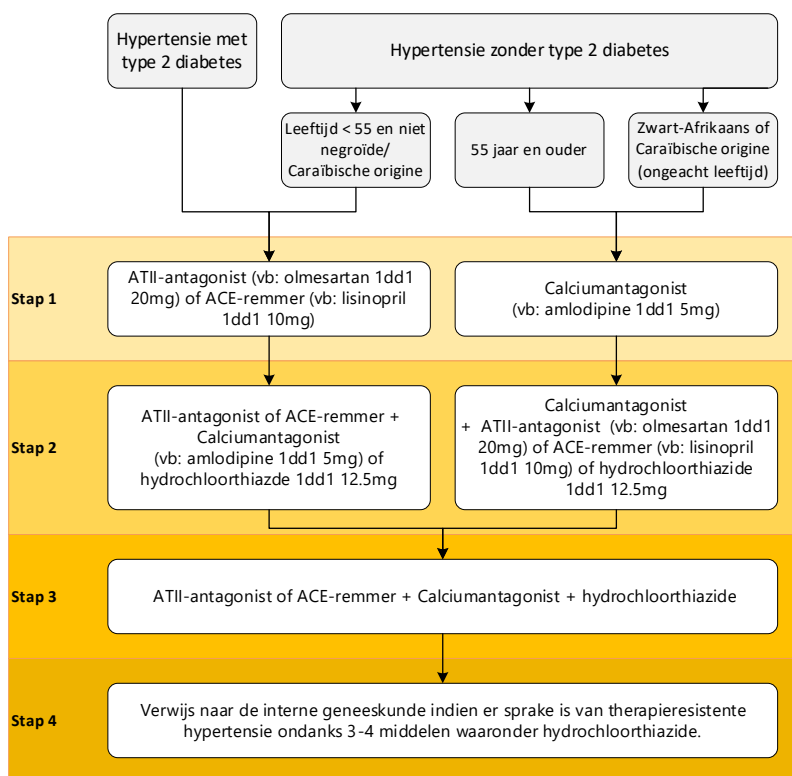
Stroomdiagram behandeling hypertensie

Hypertensie bij volwassenen: diagnostiek en behandeling



Dit is een overzicht van de aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling van de NICE richtlijn voor hypertensie bij volwassenen. Bron: www.nice.org.uk/guidance/NG136

Beslisboom voor medicatie, controles en bloeddruk streefwaarden



Gebruik klinische blik bij mensen, die kwetsbaar zijn of met multimorbiditeit

Geef leeftijd advies en herhaal dit periodiek

Controle afspraken

Gebruik spreekkamer bloeddrukmetingen
Meet de bloeddruk staand en zittend bij mensen met:

- type 2 diabetes of
- symptomen of orthostatische hypotensie of
- leeftijd 80 Jaar en ouder.

Adviseer patiënten, die zelf willen meten over geprotocolleerde thuismeting. Geef training en advies hierover.

Overweeg 24 uren meting of geprotocolleerde thuismeting naast de ziekenhuismetingen bij mensen met witte jas effect of verborgen hypertensie

Streefwaarden bloeddruk

Verlaag en behoud RR bij de volgende patiënten:

Leeftijd < 80 jaar:

Spreekkamer bloeddruk < 140/90 mmHg
24 uren/thuismeting < 135/85 mmHg

Leeftijd ≥ 80 jaar:

Spreekkamer bloeddruk < 150/90 mmHg
24 uren/thuismeting < 145/85 mmHg

Orthostatische hypotensie:

Basis streefwaarde conform staande bloeddruk

Kwetsbaar of multimorbiditeit:

Gebruik klinische blik

Plaatjesaggregatie en/of antistolling

Aan alle patiënten met een HVZ dient acetylsalicylzuur te worden voorgeschreven, tenzij er een indicatie is voor orale antistollingstherapie (bijvoorbeeld bij atriumfibrilleren, structurele hartafwijkingen, kunstkleppen en vaatprothesen). Bij patiënten met overgevoeligheid voor acetylsalicylzuur kan clopidogrel worden voorgeschreven. Na een TIA of een onbloedig CVA zijn acetylsalicylzuur én dipyridamol geïndiceerd indien de bijwerkingen van deze medicatie dit toelaten. Indien bij TIA of CVA patiënten een indicatie is voor een coumarinederivaat of een DOAC, kan de plaatjesaggregatieremmer gestopt worden.

- Bij patiënten met een hoog risico volgens de NHG tabel en klinisch manifest vaatlijden wordt gestreefd naar een SBD < 140 mmHg. Bij leeftijd >70 jaar < 150 mmHg.

Indicaties voor teleconsultatie of verwijzing

Consulteer in eerste instantie via teleconsultatie de kaderhuisarts HVZ (via KIS of Vip Live) of de internist/ vasculair geneeskundige (via Zorgdomein).

- Persisterende therapieresistente hypertensie
- Als de streefwaarden niet worden bereikt bij een blijvend hoog tot zeer hoog risico op HVZ
- Intolerantie voor antihypertensiva, ervaren onacceptabele bijwerkingen van medicatie.

- Een vermoeden van secundaire hypertensie,
- Leeftijd < 40 jaar
- Klinische aanwijzingen voor een onderliggende aandoening zoals tekenen van het syndroom van Cushing.
- Hypokaliaemie (< 3.5 mmol/L)
- Afwijkend 24-uursbloeddrukpatroon:
 - o Non-dipper (bij ≥ 2 metingen)
 - o Nachtelijke hypertensie
 - o Sterk schommelende bloeddrukken
 - o Gemaskeerde hypertensie

Chronische nierschade (zie hoofdstuk en tabel CNS)

Spoedverwijzing

Bij hypertensieve crisis , na telefonisch overleg met de dienstdoende internist.

Terugverwijzing naar de huisarts indien/ tenzij

- 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 terug verwijzing).

Indicaties voor blijvende behandeling in de tweede lijn

- Zeer therapieresistente hypertensie.
- Hypertensie met ernstige eindorgaanschade.

3.3 Risico-inschatting onder de aandacht brengen in de eerste lijn

Er is een groot aantal groepen personen waarbij een risico-inschatting op HVZ wenselijk is ten gevolge van andere morbiditeit. Dit betreffen personen met:

- belaste familie voor hart- en vaatziekten (mannen <55 jaar, vrouwen <60 jaar)
- diabetes mellitus;
- chronische nierschade;
- jicht;
- inflammatoire darmziekten;

- reumatoïde artritis;
- ziekte van Bechterew;
- artritis psoriatica;
- COPD;
- HIV-infectie;
- kanker;
- obstructief-slaap-apneu;
- pre-eclampsie;
- polycysteus ovariumsyndroom en zwangerschapsdiabetes;
- gebruikers van antipsychotica.

Bij deze groepen personen dient de behandelaar het verhoogde risico op het krijgen van HVZ te benoemen bij patiënt. Tevens dient de behandelaar uit de tweede lijn risico-inschatting onder de aandacht te brengen bij de behandelaar in de eerste lijn. Bij het vermoeden dat risico-inschatting onvoldoende wordt opgepakt in de eerste lijn, dient in de tweede lijn te worden verwezen naar de poli vasculaire geneeskunde om een risicoprofiel te laten opstellen. Dit geldt *niet* voor patiënten met diabetes mellitus en nierschade die onder behandeling zijn van een internist/ nefroloog. De internist/nefroloog behandelt zelf het risico op HVZ. Tevens is er vanuit de eerste lijn teleconsultatie mogelijk met de kaderhuisarts of specialist in plaats van een verwijzing naar de poli vasculair geneeskunde.

Risico-inschatting bij laag, hoog en zeer hoog risico patiënten

Risico-inschatting bij patiënten met (verdenking op) hart- en vaatziekten, verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol, of sterk belaste familie-anamnese voor premature HVZ wordt gedaan in de eerste lijn door huisartsen en praktijkondersteuners, en in de tweede lijn door behandelaren binnen de cardiologie, neurologie, vaatchirurgie en interne geneeskunde.

3.3.1 Opstellen van risicoprofiel

Het cardiovasculair risicoprofiel is een overzicht van de volgende factoren die worden vastgesteld middels anamnese, lichamelijk onderzoek, en laboratoriumonderzoek.

- Anamnese: leeftijd, geslacht, roken in (pakjaren), familieanamnese met HVZ, voeding, psychosociale risicofactoren, alcoholgebruik (in eenheden per dag), lichamelijke activiteit.
- Lichamelijk onderzoek: systolische bloeddruk, body-mass index (BMI) (eventueel aangevuld met middelomtrek).
- Laboratoriumonderzoek: lipidenspectrum (totaal cholesterol, HDL- cholesterol, TC/HDL-ratio, LDL-cholesterol, triglyceriden), glucose gehalte, serumcreatinine met (via de CKD-EPI-formule) geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR), albumine/creatinine ratio in urine.

De interventies die in algemene zin bij de verschillende risico-categorieën worden aanbevolen worden als volgt samengevat:

- Laag tot matig verhoogd risico: leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze behandeling zelden aangewezen.
- Hoog risico: leefstijl advies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie. De beslissing om medicamenteus te behandelen zal onder andere afhangen van:
 - o het risico op ziekte ten gevolge van HVZ, dat kan variëren bij dezelfde sterfte risico's;
 - o de mate waarin effect van leefstijlverandering te verwachten is.
- Zeer hoog risico: leefstijl adviezen aangewezen, medicamenteuze therapie meestal aangewezen.

De risicocategorieën in tabel 1 zijn sturend, maar niet bindend ten aanzien van het verdere beleid, zoals het voorschrijven van medicatie. Relatief jonge personen hebben bijvoorbeeld vrijwel altijd een laag absoluut risico op HVZ, maar in bepaalde gevallen kan medicamenteuze interventie aangewezen zijn. Bij ouderen geldt het omgekeerde: zij hebben vrijwel zonder uitzondering een hoog absoluut risico, maar medicamenteuze interventie dient bij hen geen automatisme te zijn.

3.3.2 Risico-inschatting met SCORE-risicosysteem en digitale risicocalculator 'U-Prevent'

Voor patiënten die vanwege het bestaan van morbiditeit of risicofactoren niet automatisch in één van de risicocategorieën kunnen worden ingedeeld, kan het risico op sterfte binnen 10 jaar kwantitatief worden ingeschat met het SCORE-risico-scoresysteem. Let op: dit betreft alleen in de primaire preventie.

Om het risico te schatten zoekt u het vakje dat past bij leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk en verhouding totaal cholesterol/HDL cholesterol (ratio). Bij waarden van de risicofactoren die tussen risicovakjes vallen, kan het risico worden geschat middels extrapolatie.

Tabel 2.

Bloeddruk	Vrouwen										Leeftijd	Mannen													
	Niet-rookster					Rookster						Niet-roker					Roker								
180	4	5	6	7	8	10	8	9	11	12	15	18	7	8	10	12	15	18	13	15	18	21	26	31	Sterfte
	15-18	18-21	21-25	25-30	30-36	37-44	30-34	33-40	39-46	46-54	>50	>50	22-28	26-33	31-39	37-48	46-58	>50	40-51	47-60	>50	>50	>50	>50	Ziekte + Sterfte
160	3	3	4	5	6	7	6	6	7	9	11	13	5	6	7	9	11	13	9	11	13	16	19	23	Sterfte
	11-13	13-15	15-18	18-21	21-26	26-31	20-21	24-28	28-33	33-39	40-47	48-58	15-20	18-23	22-28	27-34	33-42	41-53	29-37	34-43	40-52	49-62	>50	>50	Ziekte + Sterfte
140	2	2	3	3	4	5	4	5	5	6	8	9	3	4	5	6	8	10	7	8	9	11	14	17	Sterfte
	8-9	9-10	10-12	13-15	15-18	19-22	14-17	17-20	20-23	23-28	28-34	35-42	11-14	13-17	16-20	19-25	24-30	30-38	20-26	24-31	29-37	35-45	44-58	>50	Ziekte + Sterfte
120	1	2	2	2	3	4	3	3	4	5	6	7	2	3	4	4	5	7	5	5	7	8	10	13	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	32-40	39-50	Ziekte + Sterfte
180	2	3	3	4	5	6	4	5	6	7	8	10	4	5	6	8	10	12	8	10	12	15	18	22	Sterfte
	9-11	11-13	13-16	16-19	19-23	24-29	18-21	21-25	25-30	30-35	36-43	44-53	16-20	19-24	23-29	28-36	35-45	44-56	30-38	35-45	43-54	>50	>50	>50	Ziekte + Sterfte
160	2	2	2	3	3	4	3	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	9	6	7	9	11	13	16	Sterfte
	7-8	8-9	9-11	11-13	14-16	17-20	13-15	15-18	18-21	21-25	26-31	32-38	11-14	14-17	16-21	20-26	25-32	32-40	21-27	25-32	31-39	37-47	46-58	>50	Ziekte + Sterfte
140	1	1	2	2	2	3	2	2	3	4	4	5	2	3	3	4	5	6	4	5	6	8	9	12	Sterfte
	5-6	5-7	7-8	8-9	10-12	12-15	9-11	10-12	12-15	15-18	18-22	23-27	8-10	10-12	12-15	14-18	18-23	23-29	15-19	18-23	22-28	27-34	33-42	42-53	Ziekte + Sterfte
120	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	3	4	2	2	2	3	4	5	3	4	4	5	7	9	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	8-11	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	5	6	8	9	12	15	Sterfte
	6-7	7-9	9-10	10-13	13-16	16-20	11-14	13-17	16-20	20-24	24-29	30-37	11-13	13-16	16-20	19-25	24-31	30-39	19-25	24-30	29-37	36-45	44-58	>50	Ziekte + Sterfte
160	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	3	4	5	6	4	4	5	7	8	11	Sterfte
	4-5	5-6	6-7	7-9	9-11	11-14	8-10	9-12	11-14	14-17	17-21	21-26	7-9	10-11	11-14	14-17	17-22	22-28	14-18	17-22	21-26	26-33	32-41	40-51	Ziekte + Sterfte
140	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	3	4	3	3	4	5	6	8	8	Sterfte
	3-4	4-4	4-5	5-6	6-8	8-10	6-7	7-8	8-10	10-12	12-15	15-19	5-7	6-8	8-10	10-12	12-16	16-20	10-13	12-15	15-19	18-23	23-29	29-37	Ziekte + Sterfte
120	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	4	5	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	21-27	Ziekte + Sterfte
180	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	3	4	5	6	7	9	Sterfte
	3-4	4-5	5-6	6-7	8-9	10-12	6-8	8-9	9-11	11-14	14-17	18-22	6-8	8-10	10-12	12-15	15-19	20-25	12-16	15-19	18-23	23-29	28-36	36-46	Ziekte + Sterfte
160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	4	2	3	3	4	5	6	Sterfte
	2-3	3-4	3-4	4-5	5-7	7-8	5-6	5-7	7-8	8-10	10-12	13-16	4-6	6-7	7-9	9-11	11-14	14-18	9-11	10-13	13-16	16-20	20-26	26-33	Ziekte + Sterfte
140	<1	<1	<1	<1	1	1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	Sterfte
	2-2	2-2	2-3	3-4	4-5	5-6	3-4	4-5	5-6	6-7	7-9	9-11	3-4	4-5	5-6	6-8	8-10	10-13	6-8	7-9	9-12	11-15	15-18	19-24	Ziekte + Sterfte
120	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	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	Ziekte + Sterfte
180	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	Sterfte
	2-2	2-2	2-3	3-4	4-5	5-6	3-4	3-4	4-5	5-7	7-9	8-11	4-5	5-6	6-7	7-9	9-11	12-15	7-9	9-11	11-13	13-17	17-21	22-27	Ziekte + Sterfte
160	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	4	Sterfte
	1-1	1-2	2-2	2-3	3-3	3-4	2-3	2-3	3-4	4-5	5-6	6-8	3-3	3-4	4-5	5-6	7-8	8-11	5-6	6-8	8-10	10-12	12-15	16-20	Ziekte + Sterfte
140	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	Sterfte
	1-1	1-1	1-1	1-2	2-2	2-3	1-2	2-2	2-3	3-3	3-4	4-5	2-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-8	4-4	4-5	5-7	7-9	9-11	11-14	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	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	2-3	3-4	4-5	5-6	6-8	8-10	Ziekte + Sterfte

SCORE-risicosysteem

Aanvullend of vervangend kan er gekozen worden om te werken met U-prevent. Deze digitale risicocalculator berekent het risico aan de hand van risicofactoren en medicatie. Aanvullend geeft de calculator het aantal verwachte hart- en vaatziektevrije jaren weer, evenals de invloed van het behandelen van risicofactoren. U-prevent maakt onderscheid tussen primaire en secundaire preventie en tussen personen <70jr en >70jr. (CVGK, 2018).

De calculator van U-prevent is de gebruiken via onderstaande link.

<http://www.u-prevent.nl>

Een CAC-score kan overwogen worden met het doel de risico-inschatting op HVZ te verbeteren bij personen zonder HVZ, bij wie twijfel bestaat over het wel of niet starten van preventieve medicatie. Deze diagnostiek is nog niet standaard ingevoerd.

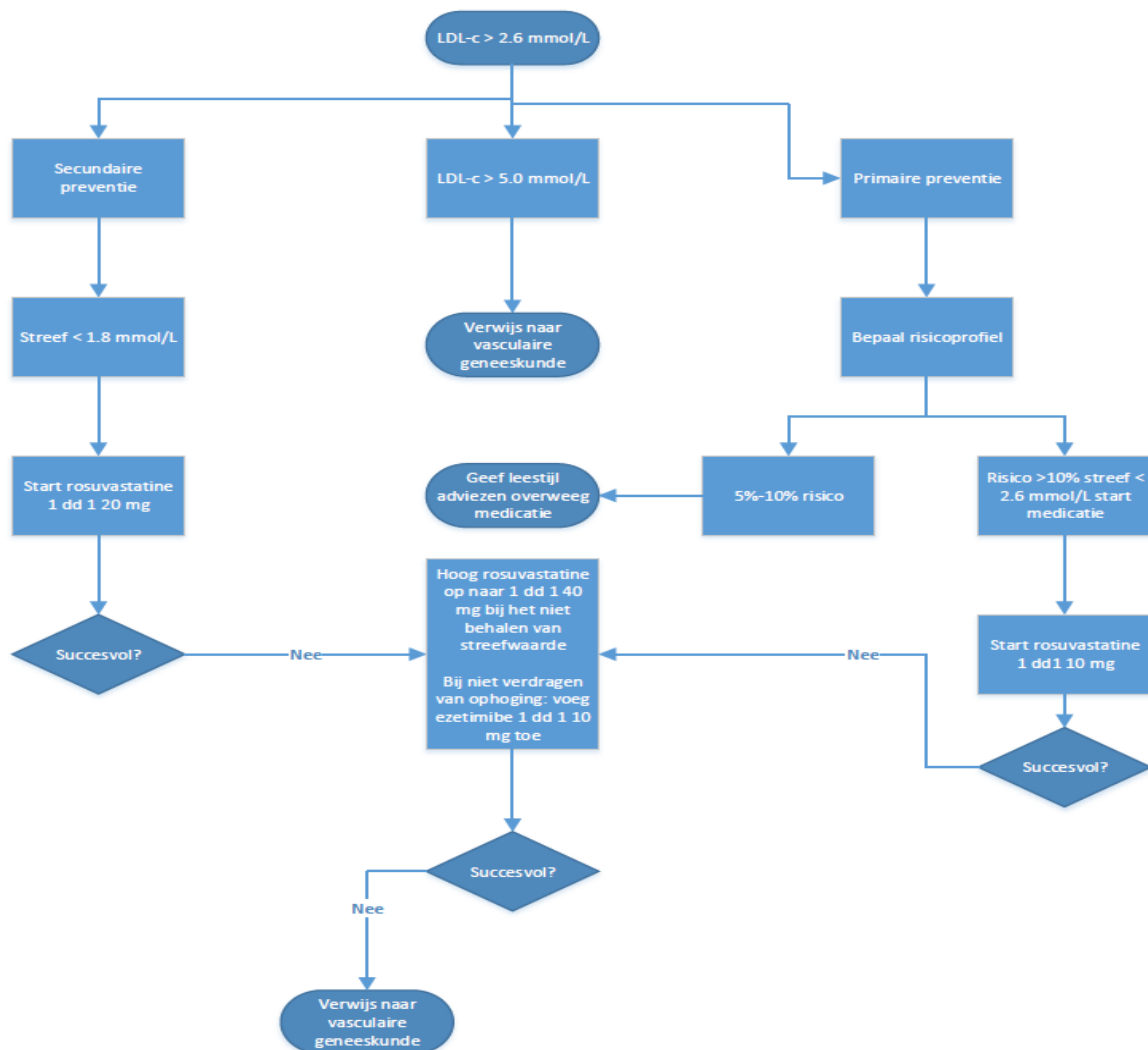
3.4 Risicoverlaging bij laag tot hoog risico patiënten

3.4.1 Leefstijl

Adviezen over de leefstijl zijn een onderdeel van alle maatregelen om het risico op HVZ te verlagen. Een blijvende aanpassingen van de leefstijl geeft een effectieve verlaging van het risico op HVZ. Voor een blijvende aanpassing is herhaling van de adviezen essentieel. Gebruik hierbij breed geaccepteerde cognitieve gedragstherapieën, zoals motiverende gespreksvoering, om leefstijlverandering te bewerkstelligen. Betrek een multidisciplinair team van zorgverleners, waaronder bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten, physician assistants, diëtisten en psychologen om gedragsverandering te bewerkstelligen.

1. Adviseer om te stoppen met roken en meeroken vermijden.
2. Adviseer om veel stilzitten te voorkomen. Bewegen is goed, meer bewegen is beter. Adviseer 150 minuten matig intensieve inspanning, verspreid over diverse dagen. Langer, vaker en intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel. Adviseer minimaal 2x in de week spier- en botversterkende activiteiten voor ouderen, gecombineerd met balansoefeningen.
3. Adviseer het volgen van de richtlijn goede voeding van de gezondheidsraad: weinig verzadigd vet, weinig zout (tot 6gr per dag), weinig tot geen suiker, ruime inname vezels (30-40gr/dag) (Gezondheidsraad, 2015). Adviseer voedingsmiddelen met plantensterolen en –stanolen zoals, plantaardige olie en graanproducten, met het doel het LDL-cholesterol te verlagen.
4. Adviseer personen met een gezond gewicht (BMI 20 tot 25 kg/m², bij ouderen ligt dit iets hoger) gewichtsbehoud en te eten conform de richtlijn goede voeding en te bewegen. Adviseer personen met een BMI >25kg/m², in het algemeen voldoende te bewegen en op een gezonde wijze af te vallen, waarbij fitheid belangrijker is dan het exacte gewicht.

3.4.2 Lipiden



Controleer het LDL cholesterol na start of wijziging behandeling na 4 weken

Vooraf het LDL-cholesterol (LDL-c) is een belangrijke risicofactor voor HVZ. Cholesterolverlagende therapie verlaagt het cardiovasculair risico. Dit is vooral aangetoond voor statines, minder voor andere cholesterolverlagers.

Streef naar een LDL-c < 2.6mmol/L bij personen met:

- Een 10-jaars sterfte risico op HVZ 5-10%;
- Diabetes mellitus;

- Chronische nierschade.

Behandeladvies

Start met rosuvastatine 1 dd 10 mg.

Controleer het LDL cholesterol na 4 weken

Indien de streefwaarde niet wordt behaald na 4 weken, volg de volgende stappen:

- Hoog rosuvastatine op naar 1 dd 20 mg en 40 mg op geleide van LDL cholesterol waarden (telkens na een maand bepalen);
- Voeg ezetimibe 1 dd 10 mg toe indien streefwaarde niet wordt gehaald;
- Verwijs naar vasculaire geneeskunde, indien streefwaarde ondanks de doorlopen stappen niet wordt gehaald.

Indien de streefwaarde LDL-c < 2.6mmol/L wordt behaald, met goed verdragen van huidige middelen (bijv simvastatine), is een wijziging in medicatie niet nodig.

Indien de streefwaarde van <2.6mmol/L niet wordt behaald met huidige middelen, starten met rosuvastatine 1 dd 10 mg.

Indien de streefwaarde niet wordt behaald na 4 weken, volg de volgende stappen:

- Hoog rosuvastatine op naar 1 dd 20 mg en 40 mg op geleide van LDL cholesterol waarden (telkens na een maand bepalen);
- Voeg ezetimibe 1 dd 10 mg toe indien streefwaarde niet wordt gehaald;
- Verwijs naar vasculaire geneeskunde, indien streefwaarde ondanks de doorlopen stappen niet wordt gehaald.

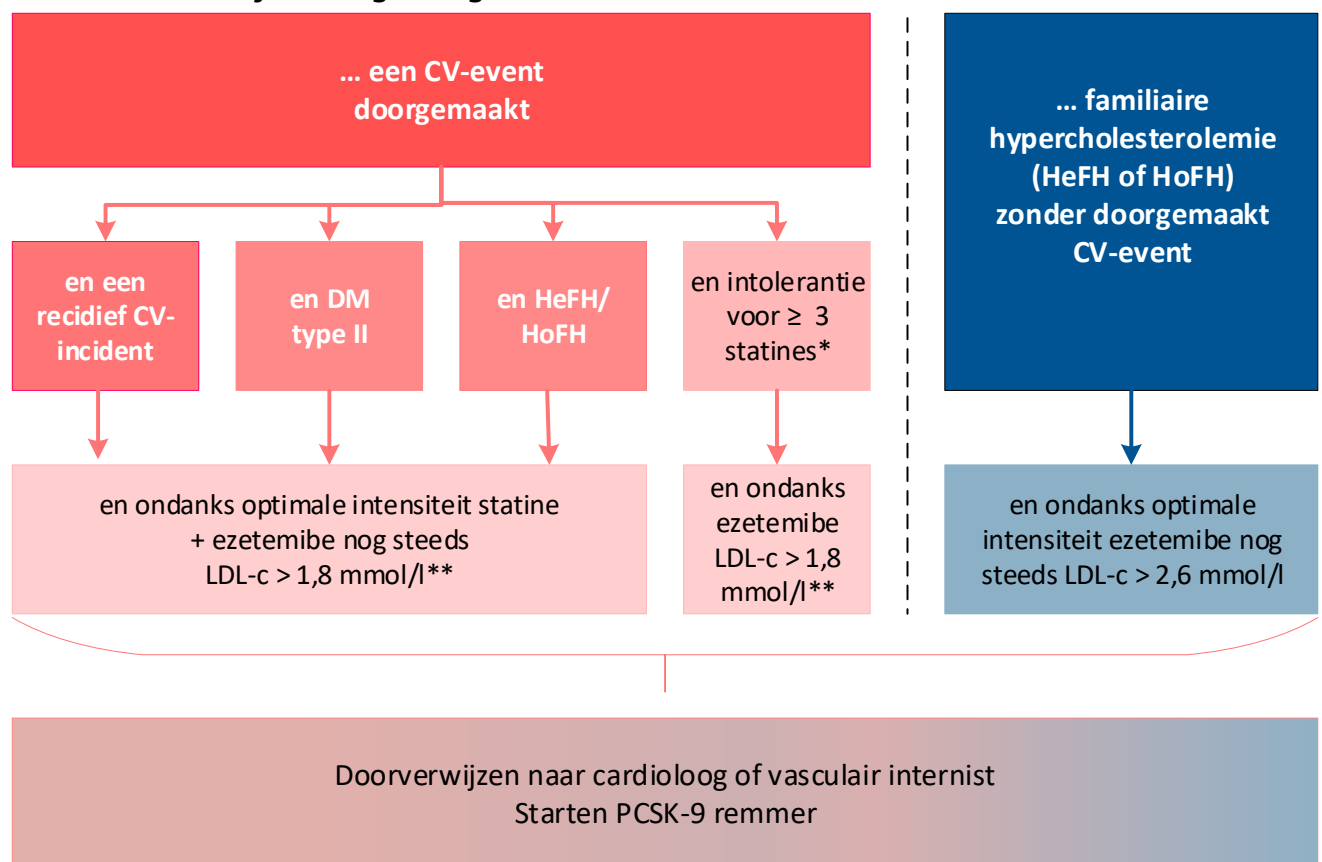
Rosuvastatine, de meest krachtige statine, heeft het meest gunstige bijwerkingsprofiel. Hierdoor kan met een lage dosis worden gestart en toch een grote LDL-c reductie behaald worden. De verwachting is dat de meeste patiënten hiermee de streefwaarde behalen. Rosuvastatine kan op ieder gewenst tijdstip ingenomen worden, vanwege de 24uurs werking, in tegenstelling tot simvastatine. Tevens is rosuvastatine uit patent, waardoor de prijs overeenkomt met die van bijvoorbeeld simvastatine. Binnen dit protocol wijken wij bewust af van de NHG-standaard, die de keus laat tussen simvastatine/atorvastatine/rosuvastatine.

In het geval van bijwerkingen op rosuvastatine dient de medicatie 4 weken gestaakt te worden, alvorens er wordt overgegaan op atorvastatine (20-40 mg) of simvastatine 40mg. De voorkeur gaat uit naar pravastatine, indien er CYP3A4 interacties plaatsvinden met co-medicatie.

In geval van intolerantie voor twee of drie statines kan er worden gestart met ezetimibe 1dd1 10mg en eventueel worden verwezen naar de vasculaire geneeskunde.

De nieuwste klasse cholesterolverlagers, PCSK-9 remmers verlaagt het LDL-c cholesterol zeer sterk, maar is duur en vanwege de subcutane toediening enigszins belastend voor de patiënt. Er bestaat een strikte indicatie voor vergoeding van deze behandeling: patiënten met familiale hypercholesterolemie, recidiverend vaatlijden en het niet halen van de streefwaarde LDL cholesterol ondanks maximale medicatie, en patiënten met vaatlijden en statine intolerantie bij tenminste drie middelen. Patiënten moeten in ieder geval ezetimibe gebruiken om voor vergoeding in aanmerking te komen. PCSK-9 remmer dient door een cardioloog/vasculair internist te worden voorgeschreven. Zie tabel 3.

Tabel 3: voorschrijf en vergoedingscriteria PCSK-9 remmer.



* Intolerantie gedefinieerd als statine geassocieerde spierpijn vastgesteld volgens het stroomschema en criteria beschreven door EAS/ECS consensus
 **LDL-c streefwaarde conform geldende CVSM richtlijn: < 1,8 mmol/l voor de groep < 70 jaar en < 2,6 mmol/l voor de groep > 70 jaar

3.5 Risico verlaging bij zeer hoog risico patienten

Start direct met CVRM na een acute manifestatie van HVZ voordat de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen om het risico op ziekte en sterfte te verminderen.

Zie verder bij 6.4.1.

3.6 Risicoverlaging bij ouderen

3.6.1 Leefstijl

Zie 3.4.1. en het addendum ouderen op www.rhogo.nl, (Ketenzorg/CVRM)

3.6.2 Lipiden

Niet kwetsbare ouderen:

- Overweeg het voorschrijven van cholesterolverlagers aan ouderen zonder bestaande HVZ pas bij een zeer hoog risico en een voldoende hooggeschatte resterende levensverwachting.
- Geef cholesterolverlagers aan ouderen met HVZ, maar wees alert op bijwerkingen. De effecten en bijwerkingsprofiel van cholesterolverlagers bij niet kwetsbare ouderen komen overeen met die van patiënten <70jr.

Kwetsbare ouderen:

- Start geen cholesterolverlager bij kwetsbare ouderen zonder HVZ.
- Overweeg het starten van cholesterolverlagers bij ouderen met een HVZ, bij een voldoende hoge levensverwachting. Wees alert op bijwerkingen.
- Stop met lipidenverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen zonder HVZ.
- Overweeg het staken van lipidenverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen met HVZ, met name bij het optreden van een mogelijke bijwerking of bij een gering geschatte resterende levensverwachting.

In de overweging van het starten van medicijnen bij al dan niet kwetsbare ouderen is shared decision making essentieel.

4. Beslissingsondersteuning

Het doel van beslissingsondersteuning is: effectief gebleken zorg aan te bieden. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de richtlijnen die genoemd zijn in de inleiding. Het gaat hierbij om de NHG-standaarden, LTA's en het zorgstandaard vitale vaten.

De behandelaren bespreken de inhoud van deze richtlijnen met de patiënt, zodat deze een goed geïnformeerde keuze kan maken. In het dagelijks handelen worden huisartsen en praktijkondersteuners hierbij ook systematisch ondersteund wanneer zij gebruik maken van het KIS.

5. Keten informatiesystemen (KIS): CareSharing/ Porta Vita/Vip Live

De ICT wordt gebruikt voor registratie van de zorg en als ondersteuning om evidence based zorg te verlenen. Ook is goede registratie belangrijk voor feedback op het eigen handelen. Tevens wordt het gebruikt voor het plannen van de zorg en voor communicatie tussen zorgverleners.

Alle medische gegevens van de patiënten in het zorgprogramma worden opgeslagen in het KIS of in het HIS. Huisartsen en praktijkondersteuners werken in het KIS. Ook de andere behandelaars hebben toegang tot dit KIS. Dat is Caresharing, Porta Vita, en in toenemende mate het virtuele KIS VIP Live.

Binnen de ketenzorg wordt gebruik gemaakt van een KIS waarin ook de patiënt inzage heeft en ook een mogelijkheid krijgt om eigen metingen in te voeren. Dat kan met behulp van het programma cBoards in Caresharing. Hiermee wordt het zelfmanagement van de patiënten vergroot en is de huisartsenpraktijk makkelijk te bereiken. Het biedt patiënten namelijk de volgende mogelijkheden:

- een deel van hun medisch dossier inzien (journaal/episodes);
- hun actuele medicatie-overzicht raadplegen;
- lab uitslagen inzien;
- een geneesmiddelenpaspoort printen;
- betrouwbare informatie raadplegen over de medicatie en aandoeningen; zelf notities maken die niet zichtbaar zijn voor de zorgverlener,

6. Organisatie

De RHOGO maakt jaarlijks een werkplan en formuleert daarin de doelen binnen de chronische zorg. De medisch directeur bereidt dit voor met ondersteuning van de kwaliteitscommissie en na bespreking met het bestuur van de RHOGO.

De kaderhuisarts is de voorzitter van de multidisciplinaire kwaliteitscommissie. De kwaliteitscommissie is verantwoordelijk voor de inhoudelijke ontwikkeling en afspraken binnen het zorgprogramma. De chronische zorg wordt ook ondersteund door het secretariaat, de financiële administratie en door de directie ten aanzien van de communicatie en het datamanagement.

Multidisciplinaire werkgroep

De kaderarts is de voorzitter van een multidisciplinaire kwaliteitscommissie. Hierin zijn alle zorgverleners uit dit zorgprogramma vertegenwoordigd. De werkgroep bestaat naast de kaderarts uit, twee huisartsen, twee POH, een patiënten vertegenwoordiger, een of meer medisch specialisten en een (gespecialiseerd) verpleegkundige. In de kwaliteitscommissie CVRM zijn vertegenwoordigd een fysiotherapeut, een diëtist, een apotheker en zo nodig een specialist ouderengeneeskunde. De kwaliteitscommissie overlegt twee tot drie keer per jaar om zorginhoudelijke ontwikkelingen uit te werken en afspraken te maken. Ook worden afspraken gemaakt over het implementeren en evalueren van de chronische zorg.

Communicatie

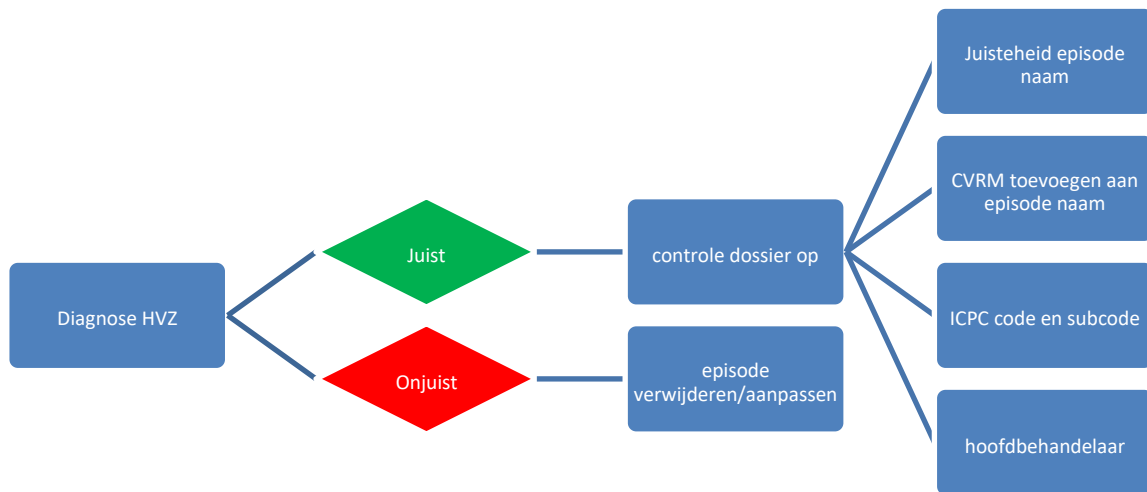
Het werkplan van de zorgprogramma's verschijnt op de RHOGO website.

De communicatie intern naar de zorgverleners van RHOGO verloopt via de nieuwsbrief.

Elk jaar wordt een terugkom bijeenkomst belegd voor alle POH somatiek, alle huisartsen en overige ketenpartners.

De communicatie naar patiënten over de zorgprogramma's verloopt naast de RHOGO website via de huisarts, de POH-s en iedere andere ketenpartner en door hen te gebruiken folders die de zorggroep uitgeeft.

Hieronder is het stappenplan schematisch weergegeven.



Bijlage 1: Zorgweigeraar/no show

Definitie zorgweigeraar

- De patiënt die heeft aangegeven alle zorg te weigeren (calamiteiten daargelaten).
- De patiënt die persoonlijk heeft aangegeven bedoelde (DM, COPD, HVZ) zorg bij de huisarts respectievelijk POH te weigeren.
- De patiënt die gedurende een jaar niet op gemaakte afspraken is verschenen én niet reageert op jaarlijkse en herhaalde uitnodiging een afspraak te maken.
- Er is een medische/sociale reden zoals verstandelijke beperking, dementie en detentie.

De huisarts/POH onderneemt bij een zorgweigeraar/no show de volgende acties:

Stap 1) Telefonisch contact bij niet verschijnen op gemaakte afspraak en nieuwe afspraak inplannen. Wanneer telefonisch contact niet tot stand komt een vervolgspraak inplannen na drie tot vier weken en patiënt daar schriftelijk voor uitnodigen.

Stap 2) Wanneer patiënt deze afspraak ook niet nakomt dan wederom telefonisch contact opnemen vanwege niet verschijnen op afspraak en een nieuwe afspraak inplannen. Wanneer telefonisch contact niet tot stand komt een vervolgspraak inplannen na drie tot vier weken en patiënt daar schriftelijk voor uitnodigen.

Stap 3) Wanneer patiënt deze afspraak wederom niet nakomt schriftelijk bericht ter kennisneming sturen dat patiënt altijd welkom is voor huisartsenzorg maar niet meer zal worden opgeroepen door de huisarts(enpraktijk) voor CVRM Ketenzorg.

Noteer alle contactmomenten juist in het HIS.

Bijlage 2: Intake consult

Uitvoeren intake consult

De patiënten, die na dossieronderzoek zijn geselecteerd voor CVRM ketenzorg, worden opgeroepen (bijvoorbeeld in hun geboortemaand) en gezien op het spreekuur, waarbij als eerste een risico profiel wordt opgesteld en geregistreerd in het KIS. Daarbij wordt gecontroleerd of zij hun persoonlijke streefwaarden hebben gehaald ten aanzien van de risico factoren: onder andere rookstatus, BMI, NNGB, SBD en LDL cholesterol.

Laboratoriumonderzoek voorafgaand

De onderstaande items worden voorafgaand bepaald. Per individu kan dit aangevuld met extra items, afhankelijk van co morbiditeit of eventueel belaste familie anamnese.

- Natrium
- Kalium
- Kreatinine en eGFR \ MDRD

- Cholesterol
- HDL-cholesterol
- LDL cholesterol
- Triglyceriden
- Glucose nuchter
- Albumine/kreatinine ratio in de urine

Taakverdeling intake consult

De uitnodiging zal verstuurd worden en/of de afspraak gemaakt worden door de doktersassistente of de praktijkondersteuner. Het gesprek met de patiënt zal gedaan worden door de praktijkondersteuner of de huisarts. Bij complexe zorg door de huisarts, anders door de POH-er.

Inhoud intake controle

- Invullen en bespreken van de CVRM module in het KIS, daarbij komen alle risico factoren aan bod en wordt een volledig risicoprofiel opgesteld.
- Bespreken laboratorium gegevens.
- Medicatie bespreken en indien van toepassing combineren met protocol polyfarmacie.
- Bespreken van de afwijkende waardes aan de hand van de CVRM richtlijn, zo nodig aangevuld met de andere NHG richtlijnen.

Beleid

- Opstellen behandeldoelen en verwerken in het individueel zorgplan (IZP) in het KIS, welke ter hand gesteld wordt aan de patiënt als onderlegger thuis voor de besproken aanpak. Indien van toepassing:
 - verwijzing maken;
 - informatie materiaal meegeven over zelfmanagement ondersteuning.
- Afspraken maken ten aanzien van follow-up. Op korte termijn bij onvoldoende resultaat van preventief ingesteld beleid, zoals aangegeven in de NHG richtlijn CVRM. Op langere termijn tot jaarlijks bij stabiele patiënten die op streefwaarde zijn, zowel qua meetgegevens als gedrag ten aanzien van leefstijl.

Bijlage 3: Jaarcontrole

Oproepen jaarcontrole

De patiënten die stabiel zijn ingesteld en op persoonlijke streefwaarden worden jaarlijks (bijvoorbeeld in hun geboortemaand) opgeroepen voor hun jaarcontrole. Bij deze uitnodiging wordt een laboratoriumformulier meegestuurd, zodat deze gegevens bekend zijn als de jaarcontrole wordt verricht.

Laboratoriumonderzoek

De onderstaande items worden in ieder geval jaarlijks bepaald. Per individu kan dit aangevuld met extra items.

lab:

Bij gebruik van een diureticum, ACE-remmer of ARB: jaarlijks kreat/eGFR en Na/K.

Bij gebruik van een statine: jaarlijks alleen LDL (LDL direct)

Bij iedereen onder behandeling voor CVRM: ACR en glucose 3 jaarlijks

Strikt genomen hoeft bij statine gebruikers niet jaarlijks het LDL gecontroleerd te worden maar ter bevordering van therapietrouw wordt dit wel aangeraden. Bij niet statine gebruikers met een verhoogd LDL kan overwogen worden jaarlijks het lipidspectrum te bepalen ter controle en motivatie.

Bij een verminderde nierfunctie worden afhankelijk van de eGFR waarde eGFR en ACR 2-4x per jaar bepaald.

Taakverdeling Jaarcontrole

De uitnodiging zal verstuurd worden door de doktersassistente of de praktijkondersteuner. Het gesprek met de patiënt zal gedaan worden door de praktijkondersteuner of de huisarts. Bij complexe zorg door de huisarts, anders door de POH-er.

Inhoud jaarcontrole

- Invullen en bespreken CVRM protocol.
- Bespreken laboratorium gegevens.
- Medicatie bespreken en indien van toepassing combineren met protocol polyfarmacie
- Bespreken van de afwijkende waarden aan de hand van de CVRM richtlijn, zo nodig aangevuld met de andere NHG richtlijnen.

Beleid

- Opstellen behandeldoelen en verwerken in het individueel zorgplan (IZP).
Indien van toepassing:
 - verwijzing maken;
 - informatie materiaal meegeven.
- Afspraken maken ten aanzien van follow-up.