

Praktische uitvoering Zorgprogramma CVRM Dokterscoop 2021

INHOUD

INLEIDING	4
VOORBEREIDING	5
OVERZICHT ZORGPROCES CVRM.....	6
RISICOPROFILERING EN DIAGNOSTISCHE FASE	7
ANAMNESE	8
LICHAMELIJK ONDERZOEK.....	8
AANVULLENDE DIAGNOSTIEK	8
EVALUATIE EN RISICOSCHATTING	9
SCHARNIERCONSULT.....	12
IN- EN EXCLUSIECRITERIA CVRM KETENZORG.....	13
SELECTIE CVRM VIA Q-MODULE IN MEDICOM	14
SECUNDAIRE PREVENTIE	14
PRIMAIRE PREVENTIE	16
REGISTREREN EN CONTROLEREN.....	17
UITVOERING	19
OPSPOREN/OPROEPEN	19
ORGANISEREN	19
INFORMEREN	19
UITVOEREN	20
BELEID	20
DE INVLOED VAN LEEFTIJD	20
DE INVLOED VAN BESTAANDE MORBIDITEIT	20
VOORLICHTING	21
NIET-MEDICAMENTEUZE ADVIEZEN.....	21
MEDICAMENTEUZE ADVIEZEN	21
VERWIJZEN	27
ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING HUISARTSENLABORATORIUM.....	28
ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING DIËTIST BINNEN DE CVRM KETENZORG.....	29
ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING INTERNIST BINNEN DE CVRM KETENZORG.....	30
ADMINISTREREN	31
BIJHOUDEN	32
KWALITEITSCRITERIA CVRM KETENZORG DOKTERSCOOP (GEFORMULEERD VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF).....	32
BIJLAGE 1 TABEL VOORBEREIDING EN UITVOERING KETENZORG.....	34
BIJLAGE 2 ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING HUISARTSENLABORATORIUM	35

BIJLAGE 3	ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING DIËTIST CVRM	39
BIJLAGE 4	ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING INTERNIST CVRM	41
BIJLAGE 5	FRIES WISSELPROTOCOL.....	44

INLEIDING

De beschrijving van de Uitvoering CVRM Ketenzorg Dokterscoop is in 2020 herzien. Zij is gebaseerd op de vernieuwde NHG-Standaard CVRM uit 2019 en de bijbehorende Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019).

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is gericht op alle personen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Van patiënten met een mogelijk verhoogd risico wordt een risicoprofiel opgesteld. Vervolgens wordt het risico op hart- en vaatziekten geschat en een risicocategorie aangewezen. We gebruiken hiervoor tabel 1 en tabel 2 uit de Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019).

Voor inclusie en exclusie in de CVRM Ketenzorg van Dokterscoop geldt de meest recente versie (2019) van het document inclusie- en exclusiecriteria van patiënten in ketenzorgprogramma's van Ineen.

CVRM Ketenzorg van Dokterscoop kent een voorbereidende en een uitvoerende fase. Het scharnierconsult markeert het punt waarop de patiënt wordt opgenomen in de ketenzorg.

In bijlagen vindt u een tabel met het proces en de taakverdeling bij de voorbereiding en uitvoering van ketenzorg. Ook zijn de Dokterscoop-zorgproducten 'verwijzing Huisartsenlaboratorium', 'verwijzing Diëtist' en 'verwijzing Internist-vasculair geneeskundige' en het 'Fries Wisselprotocol' als bijlage toegevoegd.

VOORBEREIDING

In de voorbereiding worden alle stappen doorgenomen waarna de patiënt kan worden opgenomen in het CVRM-ketenzorgprogramma.

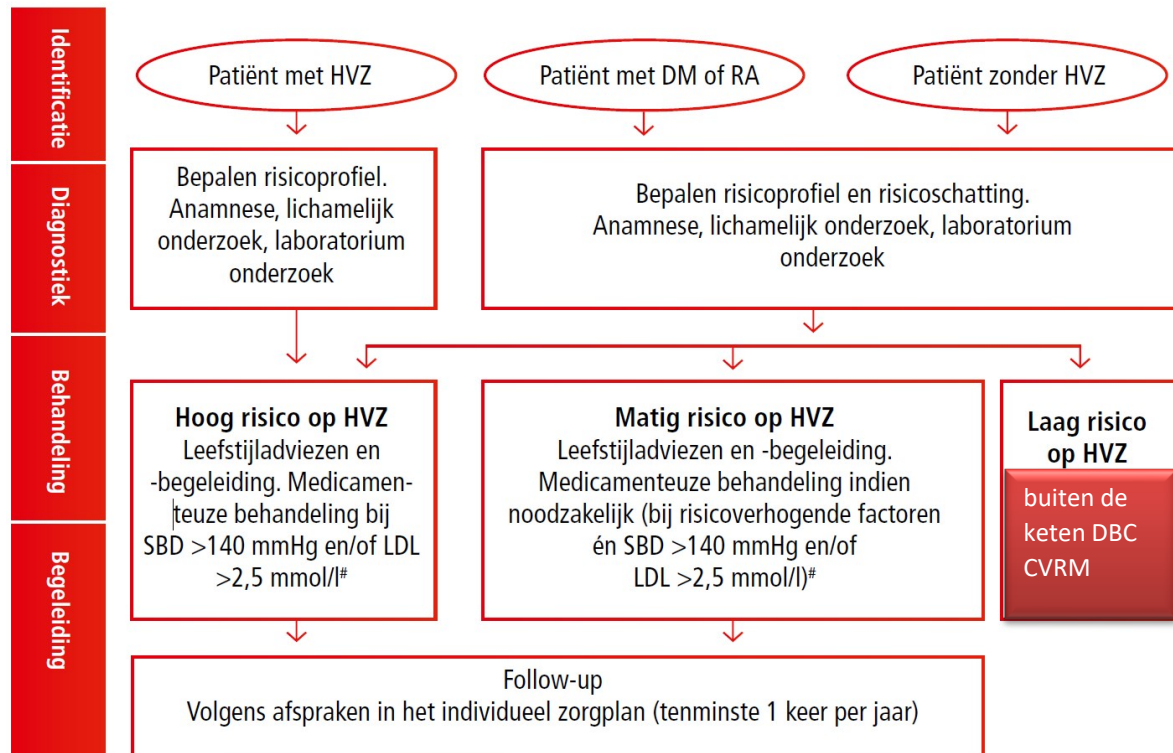
In de eerste jaren zal de nadruk vooral liggen op selectie via de Q-module. In de jaren die volgen, zal er steeds vaker sprake zijn van casefinding. Dit gebeurt door huisarts, POH of doktersassistente, naar aanleiding van spreekuurbezoek, terugverwijzingen van specialisten of door vragen van patiënten zelf.

Er vindt vervolgens risicoprofilering plaats waarna, aan de hand van de inclusiecriteria, de patiënt kan worden opgenomen in de CVRM-ketenzorg. Dit moment wordt gemarkeerd door het scharnierconsult wat kan worden uitgevoerd door de huisarts of de POH. Het scharnierconsult markeert het punt waarop het risico op hart- en vaatziekte is bepaald en de patiënt wordt opgenomen in de CVRM -ketenzorg.

De risicoprofilering en de diagnostische fase, dus tot en met het scharnierconsult, behoren tot de reguliere zorg en kunnen regulier worden gedeclareerd. Daarna geldt het ketenzorgtarief, waarin ook een vergoeding is opgenomen voor selecteren, registeren en controleren.

OVERZICHT ZORGPROCES CVRM

Schema. Zorgproces cardiovasculair risicomanagement*



*Patiënten met een doorgemaakt HVZ krijgen vaak ook antistolling als medicamenteuze behandeling. Zie hiervoor de Landelijke Standaard Keten Antistolling en de Leidraad begeleidde introductie NOAC's. Adequate begeleiding van de ontstollingstherapie, als ook een optimale communicatie tussen zorgverleners zoals apotheker, arts en de trombosedienst zijn belangrijke aandachtspunten.

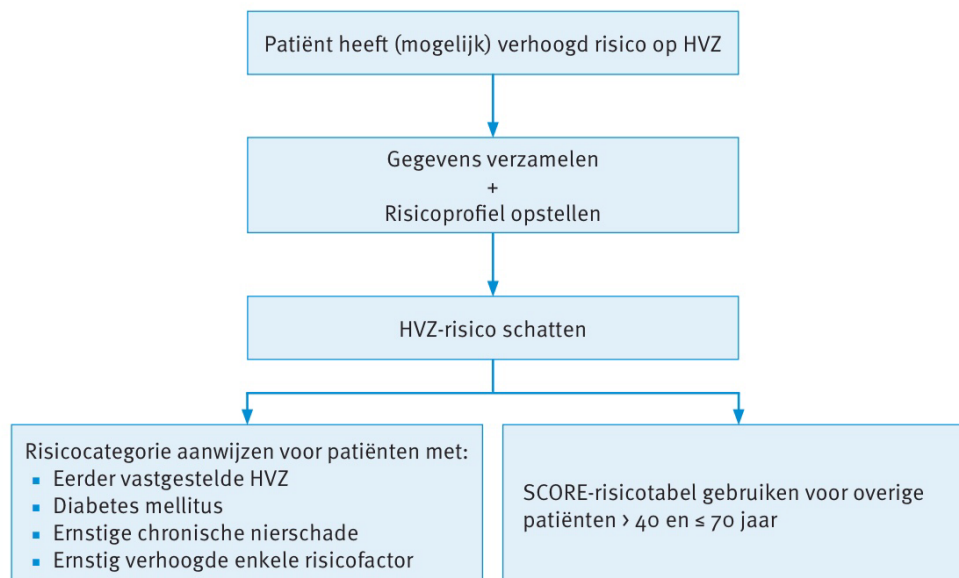
Zie voorbehoud NVVC par 8.2. Bij 70-plussers worden voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling afgewogen (zie de Multidisciplinaire richtlijn CVRM2 en bijbehorende samenvattingskaart NHG).

Bron: Zorgstandaard CVRM 2013

RISICOPROFILERING EN DIAGNOSTISCHE FASE

Het cardiovasculair risicoprofiel is een overzicht van risicofactoren voor hart- en vaatziekten die worden vastgesteld door middel van anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek.

Figuur 1 Risicoprofilering



Stel een cardiovasculair risicoprofiel op bij patiënten met:

- eerder vastgestelde hart- en vaatziekten;
- DM;
- chronische nierschade;
- een belaste familieanamnese voor premature hart- en vaatziekten (eerstegraads mannelijk familielid ≤ 55 jaar, eerstegraads vrouwelijk familielid ≤ 65 jaar);
- verdenking op erfelijke dyslipidemie (zie het NHG-Standpunt Familiaire hypercholesterolemie);
- bekende aanwezige risicofactoren, zoals roken, obesitas (BMI ≥ 30), verhoogde bloeddruk of cholesterol;
- COPD;
- reumatoïde artritis.

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 kg/m²);
- patiënten met een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara), Hindoestaanse, Aziatisch-Surinaamse of Caribische achtergrond;
- vrouwen vanaf 45 jaar met pre-eclampsie of zwangerschapshypertensie in de voorgeschiedenis: overweeg screening om de 5 jaar op hoge bloeddruk en DM.

Een systematische schatting van het risico op hart- en vaatziekten bij mannen < 40 jaar en vrouwen < 50 jaar zonder bekende risicofactoren is niet zinvol.

ANAMNESE

Vraag naar:

- roken, voeding (in het bijzonder zout en verzadigde vetzuren), alcoholgebruik en lichamelijke activiteit (zie de NHG-Zorgmodules Leefstijl);
- 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 \leq 55 jaar of eerstegraads vrouwelijk familielid \leq 65 jaar);
- 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 2 metingen, voor het ontbijt en 2 uur na het avondeten gedurende 1 week).
 - Indien een 24-uursmeting of een geprotocolleerde thuismeting niet haalbaar is, kan een 30-minutenbloeddrukmeting worden overwogen;
- BMI (eventueel aangevuld met middelomtrek).

AANVULLENDE DIAGNOSTIEK

Zie ook LESA Laboratoriumdiagnostiek CVRM en Zorgproduct Dokterscoop Verwijzing Huisartsenlaboratorium in bijlage 3 voor risicoschatting:

- niet-nuchter lipidspectrum: totaal cholesterol (TC), HDL-cholesterol, TC-HDL-ratio, LDL-cholesterol, triglyceriden; (indien triglyceriden $>$ 5 mmol/L: lipidspectrum nuchter herhalen vanwege risico op pancreatitis bij $>$ 10 mmol/L en onbetrouwbare LDL-waarden);
- glucose;
- creatinine;
- eGFR;
- albumine-creatinineratio (ACR) in urine.

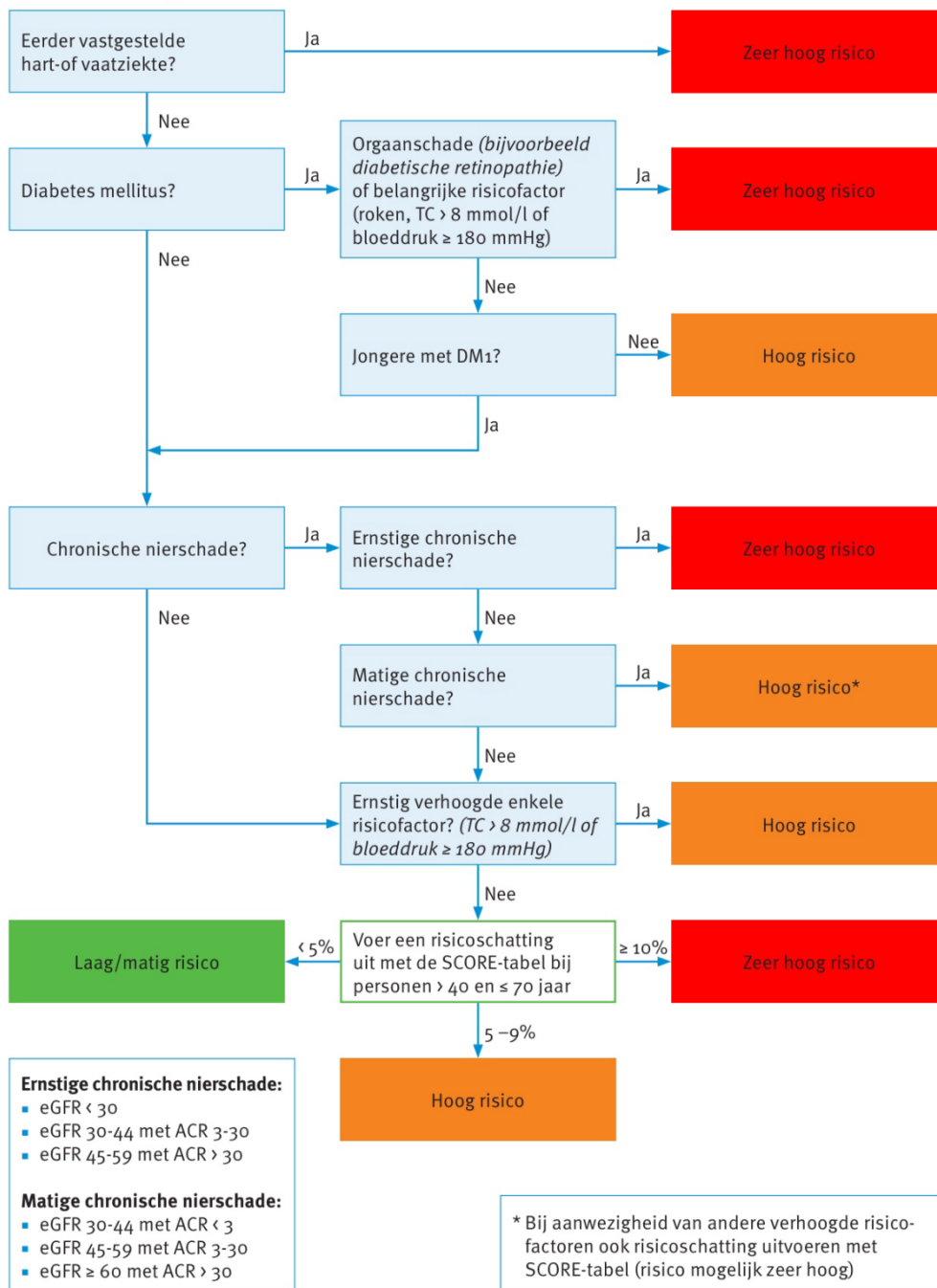
EVALUATIE EN RISICOSCHATTING

Gebruik onderstaande figuur 2 en tabel 1 uit de Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM 2019.

Gebruik voor registratie de diagnostische anamnese code: RH19KQFB = Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019.

- Bepaal bij patiënten op basis van bestaande morbiditeit of ernstig verhoogde enkele risicofactor in welke risicocategorie de patiënt valt, zonder het risico kwantitatief te schatten met de SCORE-tabel
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;
 - chronische nierschade met mild tot matig afgenomen nierfunctie (eGFR 45-59 met ACR < 3);
 - chronische nierschade met matig verhoogde albuminurie (eGFR ≥ 60 met ACR 3-30);Een behandeling zal daardoor eerder starten.
- In de volgende gevallen kan, indien het geschatte risico dichtbij 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 > 5,0 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.

Figuur 2 Risicoschatting hart- en vaatziekten



TC = totaal cholesterol; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol)

Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid

■ 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 [*])	< 150 (eventueel < 140 [*])	< 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 [*])	< 150 (eventueel < 140 [*])	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Overweeg medicamenteuze behandeling
Ernstige chronische nierschade: eGFR < 30 of 30-44 met ACR 3-30; eGFR 45-59 met ACR > 30							
Tienjaarsrisico op sterfte aan 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 [*])	< 150 (eventueel < 140 [*])	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Overweeg medicamenteuze behandeling
De meeste andere personen met diabetes mellitus die geen zeer hoog risico hebben							
Ernstig verhoogde enkele risicofactor (TC > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg)							
Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met SCORE ≥ 5% en < 10%							
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	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.

* Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.

Tabel 2 SCORE-tabel (zonder preventieve medicatie)

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
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
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	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
	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
	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
	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	44-56	>50	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	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
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
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
120	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	4	2	2	2	3	4	5	3	4	4	5	7	9	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
	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
	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
	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
160	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	2	2	3	4	5	6	4	4	5	7	8	11	Sterfte
140	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	3	3	4	3	3	4	5	6	8	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
	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	44-56	>50	Ziekte + 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	40-53	Ziekte + 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
	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
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
140	<1	<1	<1	<1	1	1	<1	1	1	1	1	1	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
120	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	4	5	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	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
	1-1	1-2	2-2	2-3	3-3	4-4	2-3	3-3	3-4	4-5	5-6	6-8	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
	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	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
	1-1	1-2	2-2	2-3	3-3	4-4	2-3	2-3	3-4	4-5	5-6	6-8	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	4	Sterfte
	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	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
	0	0	<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	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
	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	TC-HDL-ratio

SCHARNIERCONSULT

In het scharnierconsult bespreekt de huisarts of de POH de diagnose/risicoprofiel met de patiënt.

Aan de hand van het risicoprofiel stellen de huisarts en de POH een behandelplan op samen met de patiënt. In het behandelplan worden behandeldoelen voor patiënten omschreven.

Bepaal het beleid op grond van de risicocategorie 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 (groen):** leefstijladvies aanbevelen, medicamenteuze behandeling is in deze risicocategorie zelden aangewezen;
Patiënt wordt niet opgenomen in de ketenzorg.
- **hoog risico (oranje):** leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie. Laat de beslissing om medicamenteus te behandelen onder andere afhangen van het risico op ziekte 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 (rood): leefstijladvies aangewezen, medicamenteuze therapie meestal aangewezen. *De patiënten met hoog en zeer hoog risico kunnen worden opgenomen in de ketenzorg (zie ook de in-en exclusiecriteria).*

Gebruik voor registratie de diagnostische anamnese code: RH19KQFB = Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019.

IN- EN EXCLUSIECRITERIA CVRM KETENZORG

Volg hiervoor de afgesproken criteria van InEen:

HANDLEIDING VOOR INCLUSIE EN EXCLUSIE VAN PATIËNTEN IN KETENZORGPROGRAMMA'S

Versie december 2019

Voor de CVRM ketenzorg geldt dat alle patiënten met een hoog risico (oranje) en zeer hoog risico (rood) mogen worden geïncludeerd in de ketenzorg bij onderstaande in- en exclusiecriteria:

INCLUSIECRITERIA

- ≥ 18 jaar EN minimaal één (1) van de volgende 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);
 - Matig of ernstige chronische nierschade;
 - U99.01 en een eGFR<45
 - eGFR= 15-29 ernstig afgenomen nierfunctie
 - eGFR= 30-44 matig tot ernstig afgenomen nierfunctie
 - 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;
 - K90.02 Intracerebrale bloeding;
 - K90.03 Cerebraal infarct;
 - K91 Atherosclerose;
 - K92.01 PAV/ claudicatio intermittens;
 - K99.01 Aneurysma aortae.
-
- > 70 jaar EN indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen.

EXCLUSIECRITERIA

- Patiënt die in ketenzorg DM2 is geïncludeerd (cf. beleidsregel NZa) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen.

SELECTIE CVRM VIA Q-MODULE IN MEDICOM

SECUNDAIRE PREVENTIE

De selectie in Medicom van de patiënten die in aanmerking komen voor CVRM ketenzorg secundaire preventie, gaat als volgt:

Stap 1

(Indien de praktijk al zorgvuldig ICPC gecodeerd is kan men stap 1 eventueel overslaan.)

Voor de selectie via het HIS is het gebruik van bloedverdunners vaak een aanwijzing voor het bestaan van een HVZ. Omdat het niet zeker is, dat in alle dossiers de ICPC-codes juist en volledig zijn toegekend, kan eerst geselecteerd worden op ATC-code voor TROMBOCYTENAGGREGATIEREMMERS.

- Query's
- In te geven ATC in periode
- Uitvoeren
- Omschrijving: AT
- Direct uitvoeren
- Selectiecriteria:
 - B01AA (steeds lager niveau kiezen) toevoegen
 - B01AC (steeds lager niveau kiezen) toevoegen
- Afgelopen maanden:
 - -6

Daarna is het relevant om te selecteren op de volgende ICPC-diagnosecodes:

Stap 2

- Query's
- In te geven ICPC in episode
- Uitvoeren
- Omschrijving: HVZ
- Direct uitvoeren
- Selectiecriteria:
 - K74 angina pectoris
 - K75 acuut myocardinfarct
 - K76 andere/chronische ischemische hartziekten
 - K89 tia
 - K90.03 Ischemisch cva / Cerebraal Infarct
 - K92.01 Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)/Claudicatio Intermittens
 - K99.01 aneurysma aorta

Deze twee selecties (stap 1 + stap 2) worden samengevoegd.

- Resultaten
- Voeg samen AT + HVZ
- Omschrijving nieuw resultaat: SEC PREV
- A (=AT) en B (=HVZ)

Stap 2a

Met deze stap kun je alle patiënten met een antithromboticum die geen relevante ICPC hebben, controleren en alsnog een ICPC geven of uit de selectie verwijderen.

De twee selecties (stap 1 + stap 2) worden samengevoegd.

- Resultaten
- Voeg samen AT + HVZ
- Omschrijving nieuw resultaat: AT zonder ICPC HVZ
- A (=AT) exclusief B (=HVZ)

Stap 3

Vervolgens wordt een selectie gemaakt (als die nog niet bestaat) met de ICPC-code T90 (alle Diabetes Mellitus-patiënten):

- Query's
- In te geven ICPC in episode
- Uitvoeren
- Omschrijving: DM
- Direct uitvoeren
- Selectiecriteria:
 - T90.02 Diabetes Mellitus

Deze selectie wordt vergeleken met de nieuwe hoofdselectie, waarbij alle dossiers die bekend zijn met Diabetes Mellitus van de hoofdselectie worden afgetrokken.

- Resultaten
- Voeg samen HVZ + DM
- Omschrijving nieuw resultaat: **CVRM SEC PREV**
- A (=HVZ) exclusief B (=DM)

Stap 4

Onderstaande selectie wordt vergeleken met de hoofdselectie, waarbij alle dossiers van kinderen onder de 18 jaar van de hoofdselectie worden afgetrokken.

- In te geven geboortedatum en status
- Omschrijving **Kinderen <18**
- Op naam ingeschreven JA
- Relatieve periode Jaren -18=ondergrens 0=bovengrens

PRIMAIRE PREVENTIE

De selectie in Medicom van de patiënten die in aanmerking komen voor ketenzorg CVRM primaire preventie, gaat als volgt:

Indien er geen sprake is van een HVZ of diabetes, maar wel van een cardiovasculair risico (primaire preventie), dan onderstaande beperkte set ICPC-codes K86 en K87 en T93 gebruiken.

Stap 1

- Query's
- In te geven ICPC in episode
- Uitvoeren
- Omschrijving: CVR?
- Direct uitvoeren
- Selectiecriteria:
 - K86 Hypertensie zonder orgaanbeschadiging
 - K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging
 - T93 Vetstofwisselingsstoornissen

Stap 2:

Deze selectie wordt vergeleken met de selectie voor secundaire preventie (CVRM SEC PREV).

- Voeg samen CVRM SEC PREV + CVR?
- Omschrijving nieuw resultaat: **CVRM PRIM PREV**
- A (=CVR?) exclusief B (=CVRM SEC PREV)

Stap 3:

Onderstaande selectie wordt vergeleken met de hoofdselectie, waarbij alle dossiers van kinderen onder de 18 jaar van de hoofdselectie worden afgetrokken.

- In te geven geboortedatum en status
- Omschrijving **Kinderen<18**
- Op naam ingeschreven JA
- Relatieve periode Jaren -18=ondergrens 0=bovengrens

Op deze manier is een vrij nauwkeurig beeld te krijgen van alle personen met verhoogd risico op cardiovasculaire gezondheidsproblemen:

- Primaire preventie (CVRM PRIM PREV) ketenzorg CVRM krijgt ruiters KP
- Secundaire preventie (CVRM SEC PREV) ketenzorg CVRM krijgt ruiters KV

Bij de nieuwe standaard is deze indeling van CVRM-risicopatiënten verlaten. Vooralsnog handhaaft Dokterscoop deze ruiters, omdat deze essentieel zijn voor de declaratie.

De reeds bekende diabetespatiënten zijn van de selectie uitgesloten. Deze groep patiënten is al volledig in kaart gebracht en wordt gecontroleerd in de diabetes ketenzorg van Dokterscoop.

Tot slot moet, aan de hand van de exclusiecriteria, in de selectie, de patiënten die niet in aanmerking komen voor CVRM ketenzorg, de ruiters weer verwijderd worden.

REGISTREREN EN CONTROLEREN

Is het dossier van de geselecteerde patiënten goed op orde? Zet ruiter en ICPC-codes waar dat nog niet is gedaan en controleer of de probleemlijst volledig is. Zo nodig voert u diagnosecodes bij de chronische medicatie voor HVZ in.

Is het geselecteerde bestand actueel? Zijn er patiënten vertrokken of overleden? Zijn er mensen die volledig onder controle van een specialist staan?

Voeg toe wie **de hoofdbehandelaar** is. Dit kan via het diagnostisch dossier met de code **CVHBKZ**.

Bovengenoemde beoordelingen en acties kunnen tezamen worden uitgevoerd. Waarbij ook wordt beoordeeld of controle bij de POH of bij de huisarts geïndiceerd is. En of in dat geval al een Cardiovasculair risicoprofiel is opgemaakt.

Het NHG heeft een advies geformuleerd om op uniforme wijze CVRM vast te leggen:

Bij een persoon zonder DM of HVZ of hypertensie of hypercholesterolemie

- Maak een CVRM-episode aan voor preventieve en groepsgerichte zorg.
- Codeer deze CVRM-episode met de code CVRM [K49.01]. Registreer de CVRM-handelingen en activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling '**CVHBKZ = Hoofdbehandelaar CVRM**' vast wie de hoofdbehandelaar is.
- Leg met de diagnostische bepaling '**RH19KQFB = Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019**' het risico vast. Alle risicocategorieën worden verder in deze episode vervolgd.
- Indien na risico-inventarisatie sprake is van een verhoogd risico met hypertensie of hypercholesterolemie, hernoem de K49.01 episode met respectievelijk K86.01 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging en T93.01 Hypercholesterolemie.
- Indien een persoon ondanks alle preventie in de loop van de tijd een DM type 2 of een HVZ ontwikkelt, hernoem de K49.01 episode met respectievelijk T90.02 Diabetes mellitus type 2 of één van de relevante codes voor HVZ.
- Blijf de CVRM-handelingen en -activiteiten in dezelfde episode registreren.

Bij een persoon met reeds aanwezige CV-risico of DM of HVZ

- Maak geen nieuwe CVRM-episode aan, maar voeg aan de bestaande episodetitel 'CVRM' toe. Bij diabetespatiënten kan dit eventueel achterwege blijven, omdat bij deze patiënten structureel het CVRM-protocol moet worden gevolgd.
- Registreer de CVRM-handelingen en activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.

Bij een persoon met een combinatie van meerdere zaken tegelijk

- Maak geen nieuwe CVRM-episode aan.
- Indien DM aanwezig is: registreer de CVRM-handelingen en -activiteiten altijd in de DM-episode.
- Indien geen DM aanwezig is, kies uit één van de relevante episodes, verander de ICPC-code van die episode niet en voeg aan de episodetitel 'CVRM' toe.
- Registreer de CVRM-handelingen en -activiteiten in de desbetreffende episode. Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.
- Indien eerst een HVZ en pas later DM optreedt, wordt de CVRM-registratie verplaatst naar de DM-episode. Vergeet niet om de CVRM-aanduiding uit de titel van de HVZ-episode te verwijderen.

Aantal CVRM-contacten

- Het NHG kan zich voorstellen dat men voor alle bovenstaande situaties wil kunnen vaststellen hoe vaak een CVRM-contact is geweest. Daartoe kan de ICPC-procescode K49.01 in het deelcontact vastgelegd worden. Dokterscoop heeft er echter voor gekozen om te werken met de aparte verrichtingencodes in Medicom (zie bijlage).

UITVOERING

Hieronder worden de verschillende fases van de uitvoering van CVRM ketenzorg besproken.

OPSPOREN/OPROEPEN

De patiënten, voor wie controle in de huisartsenpraktijk van toepassing is, worden opgeroepen voor het CVRM-spreekuur. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de actielijst in Medicom.

Voor de tekst van de oproep staat een voorbeeld maskerbrief in de correspondentie module van Medicom. Tegelijk met de oproep krijgen de patiënten een labformulier thuisgestuurd. Zo zijn voor een eerste afspraak de nodige labgegevens beschikbaar voor het opstellen van een CVR-profiel.

ORGANISEREN

De controlefrequentie is:

- Goed ingestelde hypertensie 1 x per jaar
 - Onvoldoende gereguleerde hypertensie 1 x per 2-4 weken, tot de tensie goed gereguleerd is.
 - Hypertensie met orgaanschade 1-4 x per jaar
 - Angina pectoris, stabiel 1-4 x per jaar
 - CVA/TIA 1-4 x per jaar
 - Atriumfibrilleren 1-4 x per jaar
- NB: AF alleen is geen inclusie criterium*
- Claudicatio intermittens 1-4 x per jaar

Belangrijke overwegingen bij de frequentie van controles zijn de stabiliteit van de problematiek en het al of niet bezoeken van controles bij de specialisten of gespecialiseerde verpleegkundigen op de polikliniek. Houd weer rekening met het hoofdbehandelaarschap.

Voor iedereen geldt een jaarlijkse uitgebreide controle, waarbij de controle wordt aangevuld met labonderzoek en enkele items die jaarlijks aandacht behoeven. Zo nodig volgt een evaluatie van de praktijkondersteuner met de huisarts.

Bij patiënten met klachten wordt de huisarts ingeschakeld.

INFORMEREN

Als de oproep vragen oproept, kunnen mensen hiermee terecht bij de assistente. Het eerste consult CVRM zal een informatief karakter hebben.

Maak gebruik van de Dokterscoop folder Hart- en Vaatziekten. De digitale versie (en verdere Informatie) is te vinden op de website van Dokterscoop.

UITVOEREN

Bij het eerste consult wordt een risicoprofiel gemaakt. Het risicoprofiel en het daarop vastgestelde beleid wordt samengesteld volgens de NHG-standaard **Cardiovasculair risicomanagement M84**.

BELEID

Het vaststellen van het beleid vindt plaats in samenspraak met huisarts, praktijkondersteuner en patiënt. Bepaal het beleid op grond van de risicocategorie in overleg met de patiënt. Het beleid hangt namelijk ook af van patiëntfactoren: 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 (groen): leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze behandeling is in deze risicocategorie zelden aangewezen;
Deze patiënten vallen buiten de keten CVRM
- hoog risico (oranje): 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 (rood): leefstijladvies aangewezen, medicamenteuze therapie meestal aangewezen.

Het is van belang een goed gemotiveerde keuze te maken, omdat het gewenste effect van de behandeling alleen bij langdurige therapietrouw haalbaar is. Dokterscoop streeft zo veel mogelijk naar Zelfmanagement.

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 tien-jaarsrisico.

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.

NIET-MEDICAMENTEUZE ADVIEZEN

Leefstijladvies

Ga met de patiënt na op welke leefstijlfactor(en) de meeste winst te behalen is, en/of 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 meerroken vermijden (zie de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken);
- Stoppen met roken wordt binnen CVRM-ketenzorg aangeboden door praktijkverpleegkundigen of POH volgens de richtlijnen van de Zorgmodule Leefstijl NHG/Roken.
- Praktijkondersteuners hebben met regelmaat cursussen 'motivational interviewing' gevolgd en zijn middels het Kom Verder-traject bezig met 'Positieve Gezondheid' en het stimuleren van gezond gedrag en leefstijl.
- De intensieve begeleiding 'Stoppen met roken' wordt sinds 2020 NIET meer in de ketenzorg aangeboden. De eenvoudige stoppen met roken adviezen en begeleiding blijven WEL deel uitmaken van de ketenzorg. Alleen voor de intensieve begeleiding stoppen met roken is een registratie in het stoppen-met-roken-register verplicht. Het staat praktijken vrij om de intensieve begeleiding te blijven aanbieden, maar dat kan dan buiten de ketenzorg. Ook kan men voor intensieve begeleiding naar andere aanbieders verwijzen, het wordt met ingang van 2020 volledig vanuit de basisverzekering vergoed.
- Voldoende bewegen: ten minste 150 minuten per week matig intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen; voorkom meer dan 8 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 kg/m²;
- Gezond eten volgens de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum;
- Stress trachten te voorkomen.

Supplementen

- Het gebruik van voedingsstofsupplementen is niet nodig bij gezonde voeding, behalve voor mensen die tot een specifieke groep behoren waarvoor een suppletieadvies geldt.
- Raad het gebruik van supplementen met rode gist rijst en visoliesupplementen met het doel het LDL-cholesterol te verlagen niet aan.

MEDICAMENTEUZE ADVIEZEN

Voor de medicamenteuze behandeling volgen we zoveel mogelijk het Medicom Formularium. Dit Formularium wordt landelijk bijgehouden door de stichting Health Base en bevat dus altijd de meest recente medicatie richtlijnen.

Bij het gebruik van het formularium worden ook de juiste ICPC-codes gekoppeld aan de medicamenten in het medicatiedossier.

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 aangeraden 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 aangeraden indien de andere statines niet worden verdragen.
- Het gebruik van rode gist rijst (waarin lovastatine zit) wordt niet aangeraden.
- Controleer na start van de cholesterolbehandeling iedere 3 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.

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 hart- en 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 geringe geschatte resterende levensverwachting.
- Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten: stop met lipidenverlagende medicatie.

Beleid bij spierklachten

- Bepaal bij statinegerelateerde spierklachten (5 tot 10% van 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 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 zorgvuldige controle.

Bloeddruk

Uitgangspunten van de bloeddrukbehandeling

- Bepaal bij aanvang van de behandeling met een angiotensineconverterende enzymremmer (ACE-remmer), angiotensinereceptorblokker (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 ≥ 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.

Therapieschema bloeddrukbehandeling

Stap 1a t/m 1e zijn ongeveer even effectief ten aanzien van 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) of perindopril 1 dd 4 mg (ouderen 2 mg) (voorkeursmiddelen op basis van kosten).
- Bij verminderde nierfunctie (eGFR 10-50 ml/min/1,73 m²): pas dosis aan.

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

- Geef telmisartan 1 dd 40 mg⁹ (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 1 dd 200 mg of verapamil 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 basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom 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 op basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom verhoogt. Andere thiaziden hebben mogelijk ook dit effect.

Stap 1e: bètablokker

- Geef metoprololsuccinaat 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 glucosewaarden¹⁰.

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 of perindopril 1 dd 8 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 2 dd 240 mg.
- Thiazidediureticum: hydrochloorthiazide 1 dd 25 mg of chloortalidon 1 dd 25 mg.
- Bètablokker: metoprololsuccinaat 1 dd 200 mg, atenolol 1 dd 100 mg of bisoprolol 1 dd 20 mg.

- Op basis van de geadviseerde doseringen en de kosten zijn de volgende combinatiepreparaten van een ACE-remmer/ARB met een thiazidediureticum te overwegen: 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 (sprekkamer 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.

Beleid bij nierfunctiedaling

Na starten ACE-remmer of ARB bij controle na 2 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 2 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 2 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 ten aanzien van overige diuretica, zoutinname en eventuele vochtbeperking.

Antistollingsbehandeling

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

Bijzondere aandacht is nodig voor de jaarlijks nierfunctie controle bij gebruik van NOAC. Controle hierop gebeurt door de apotheek. De uitvoering van de controle en het verdere beleid ligt bij de huisartsenpraktijk of de specialist. Het is van belang hier goede afspraken over te maken en het hoofdbehandelaarschap te registreren.

Follow-up

- Herhaal de risicoschatting op hart- en vaatziekten elke vijf jaar of vaker indien het geschatte risico dichtbij 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 (zie bijlage 2).

VERWIJZEN

- Bij overgewicht: overweeg verwijzing naar de diëtiste en/of fysio- of oefentherapeut. Alleen een verwijzing naar de diëtist maakt deel uit van de ketenzorg.
- 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 vaatziekten, zoals patiënten met uitgebreid of progressief vaatlijden, patiënten met DM met 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 (via telenefrologie) 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.
- Alleen de diëtiste en de internist zijn ketenpartners, met wie Dokterscoop contractueel ketenzorgovereenkomsten heeft. Hiervoor zijn Dokterscoop verwijzingen beschikbaar in Medicom (zie voorbeelden). Met de andere hierboven genoemde hulpverleners, zoals de POH GGZ en fysiotherapeuten en de lifestyle coaches zijn samenwerkingsafspraken, maar hun begeleiding wordt niet vergoed vanuit het CVRM ketenzorg budget van Dokterscoop. Bijvoorbeeld voor het GLI- programma (Gecombineerde leefstijl interventie) geldt dat het wordt vergoed vanuit de basisverzekering.
- Gebruik de richtlijnen uit het 'Fries Wisselprotocol' bij verwijzingen naar de 2^e lijn.

ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING HUISARTSENLABORATORIUM

1. Introductie

De huisarts en de praktijkondersteuner vragen bij alle patiënten binnen het zorgprogramma CVRM een laboratoriumonderzoek aan. Via een speciaal van Dokterscoop herkenbaar labformulier (zie bijlage 2) wordt het laboratoriumonderzoek voor de CVRM-ketenzorgpatiënt aangevraagd bij het Huisartsenlaboratorium HAL/Certe (Heerenveen) of het Antonius Lab (Sneek).

De commissie CVRM van Dokterscoop heeft in 2019 aanpassingen gemaakt in het labformulier CVRM naar aanleiding van de veranderingen in de nieuwe NHG-standaard CVRM 2019. De aanpassingen zijn in de CVRM-scholing besproken.

Belangrijke wijzigingen zijn hierbij:

- niet meer nuchter prikken;
- micro albuminurie in de nieuwe gele potjes met reageerbuis;
 - Als controle niet meer jaarlijks, maar per 3 jaar
 - Bij risico schatting ook meebepalen
- LDL hoeft niet meer bij jaarcontrole als patiënt goed is ingesteld op medicatie;
 - Hier waren veel vragen over bij POH, maar....
- bij Risico-inventarisatie eens per 3-5 jaar kan het gehele lipidenspectrum (als controle) worden bepaald.

De diagnostiek valt buiten de keten, maar zodra een patiënt is opgenomen in de keten, valt de diagnostiek familiale hypercholesterolemie binnen de keten.

Bij patiënten binnen ketenzorg en bij dreigende dehydratie valt dit lab ook binnen de ketenzorg.

Het labformulier DSLABCVRM moet in de huisartspraktijk worden aangepast. De juiste versie staat in bijlage 2.

Kopieer de tekst met 'CTRL-C' (verander niets aan de lay out). Ga naar correspondentie in Medicom en vervang de tekst van de brief DSLABCVRM met 'CTRL-V', ook de mutatedatum achter de brief wordt dan aangepast.

2. Werkwijze in het kort

De huisarts of de praktijkondersteuner verwijst een patiënt binnen het zorgprogramma CVRM via een Dokterscoop labformulier voor laboratoriumonderzoek naar het Huisartsenlaboratorium. Sinds 2020 is ook mogelijk dit digitaal te doen (zie punt 3). Wanneer de laboratoriumdiagnostiek is uitgevoerd, koppelt het Huisartsenlaboratorium dit terug d.m.v. een Edifactbericht.

3. Digitaal Lab aanvragen Ketenzorg

Dokterscoop heeft gestandaardiseerde papieren Laboratoriumaanvraagformulieren voor DM2 en CVRM gebaseerd op de meest recent NHG-richtlijnen. Deze formulieren zijn in de praktijken te gebruiken als maskerbrieven vanuit Medicom en worden uitgeprint meegegeven. Het is nu ook mogelijk om laboratoriumonderzoek digitaal aan te vragen.

Dokterscoop heeft een overeenkomst met Laboratorium HAL/Certe. [Klik hier](#) voor priklocaties.

Lab HAL/Certe werkt met Colab van Topicus. Om hier gebruik van te maken, kun je je aanmelden bij Harriet Wijnstra via mail: harriet.wijnstra@hal-friesland.nl.

Hoe werkt Colab? Volg de volgende stappen vanuit Medicom:

- Acties
- Zorgplein
- Topicus Zorgportaal
- Aanvragen CoLab Friesland
- Bij naam i.p.v. HAL Friesland kiezen voor Dokterscoop
- Kies de gewenste labaanvragen via de pakketten DM2 of CVRM en/of kies losse aanvragen
- Kies afname via prikpost of thuis
- Controleer het overzicht
- Verstuur de aanvraag
- Print de aanvraag en geef deze mee (NB bij thuis prikken hoeft je geen formulier mee te geven en op sommige priklocaties loopt een pilot waar dat ook niet meer hoeft)

Dokterscoop heeft ook een overeenkomst met Laboratorium Antonius. [Klik hier](#) voor priklocaties.

Lab Antonius werkt met het voor ieder bekende Zorgdomein.

Hoe werkt Lab aanvragen in Zorgdomein? Volg de volgende stappen vanuit Medicom:

- Acties
- Zorgdomein
- Diagnostiek
- Laboratorium
- Antonius ziekenhuis Sneek/Emmeloord: Labdiagnostiek Ketenzorg Dokterscoop
- Kies de gewenste labaanvragen via de pakketten DM2 of CVRM en/of kies losse aanvragen
- Toevoegen
- Controleer het overzicht, evt. selectie box aanpassen
- Verstuur de aanvraag, door op doorgaan te klikken
- Print de aanvraag en geef deze mee

ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING DIËTIST BINNEN DE CVRM KETENZORG

1. Introductie

De huisarts en praktijkondersteuner geven alle patiënten binnen het zorgprogramma CVRM een voedingsadvies, gebaseerd op de NHG-zorgmodule leefstijl voeding. De huisarts adviseert patiënten met overgewicht. Bij patiënten met een BMI >25 leidt het realiseren van 5 tot 10% gewichtsverlies tot verlaging van het risicoprofiel.

De patiënt wordt voor dieetadvies en leefstijlbegeleiding naar een diëtist verwezen als bovenstaande advisering door huisarts en praktijkondersteuner onvoldoende toereikend blijkt te zijn en bij specifieke vragen of problemen met betrekking tot de voeding.

Belangrijke elementen in de dieetadvisering zijn:

- kennis over gezonde voeding, ook bij specifieke HVZ-aandoeningen;
- inzicht in het voedingspatroon;
- inzicht in motivatie voor het aanpassen van het voedingspatroon;
- natriumbeperving;
- een concreet plan voor het aanpassen van het voedingspatroon.

2. Werkwijze in het kort

- De huisarts of praktijkondersteuner verwijst een patiënt binnen het zorgprogramma CVRM via Zorgmail naar de diëtiste voor een van onderstaande zorgproducten.
- Wanneer de diëtiste het betreffende dieetadvies heeft voltooid, koppelt de diëtiste dit terug middels een brief, bij voorkeur via Edifact.
- Een uitvoerige beschrijving vindt u in bijlage 3; Zorgproduct Dokterscoop Verwijzing Diëtist CVRM

3. Zorgproducten diëtisten CVRM

Indicatie	Zorgproduct	Frequentie	Duur per keer (in minuten)
Nieuwe CVRM-patiënten (zo nodig)	Intake	1	60
CVRM-patiënten (met HVZ of recent vastgesteld risicoprofiel), waarbij de streefdoelen bij de controle niet behaald zijn of bij ongewenst gewichtsverlies of -toename (ongewenst BMI) op medische indicatie door de huisarts	Individuele educatie en begeleiding	3	30
CVRM-patiënten in het eerste jaar	Individueel dieetbehandelplan	1	30
CVRM-patiënten op medische indicatie door de huisarts bij problemen door andere hulpverleners t.a.v.: (het opvolgen van) dieetadviezen (zoals leef veranderingen); bij onvoldoende normaliseren van de het lipidspectrum of de bloeddruk; medische indicaties (zoals wijzigingen medicatie)	Follow-up controle	2	30
Patiënten die niet in staat zijn de diëtiste te bezoeken.	Huisbezoek (toeslag)		
Verwezen CVRM-patiënten onder behandeling van de diëtiste	Met verwijzer, multidisciplinair	1	15

ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING INTERNIST BINNEN DE CVRM KETENZORG

1. Introductie

Voor de CVRM zijn de specialismen internist-vasculair geneeskundige, nefroloog, cardioloog, neuroloog en vaatchirurg relevant in het kader van de secundaire preventie. In plaats van CVRM ketenzorg afspraken te maken met al deze specialisten in verschillende ziekenhuizen kiest Dokterscoop voor een ketenzorgafpraak met uitsluitend de internist vasculaire geneeskunde. Vanuit dit vakgebied zijn heldere relaties en afspraken met genoemde hart- en vaatspecialisten. Het 'Friese wisselprotocol' vormt een goede basis voor

samenwerkingsafspraken tussen de eerste en tweede lijn en wordt actief ingezet om maximale substitutie van tweede naar eerste lijn te bewerkstelligen.

Binnen de CVRM ketenzorg van Dokterscoop is het mogelijk een e-mailconsult bij de internist-vasculair geneeskundige aan te vragen.

De LTA CVRM en de LTA Chronische Nierschade zal, in samenspraak met de internisten, geïmplementeerd worden in de CVRM ketenzorg Dokterscoop. Bij daling nierfunctie wordt gehandeld conform de LTA Chronische Nierschade en wordt de mogelijkheid geboden tot telenefrologie.

Wenselijk in de toekomst: een eerstelijns DBC, consult internist, bestaande uit maximaal 3 poliklinische contactmomenten is in ontwikkeling.

Er worden substitutieafspraken gemaakt tussen de eerste en tweede lijn. Hiervoor worden transmurale werkaafspraken gemaakt met de internist-vasculair geneeskundige van de ziekenhuizen uit de regio van Dokterscoop. De bedoeling is dat de specialismen cardiologie, neurologie en vaatchirurgie op de hoogte zijn van deze afspraken en ook gaan volgen.

2. Werkwijze in het kort

De huisarts en praktijkondersteuner kunnen voor alle patiënten binnen het zorgprogramma CVRM voor een aantal indicaties een e-mail consult aanvragen bij de internist-vasculair geneeskundige of een telenefrologisch consult bij de nefroloog.

Zie hiervoor de tabel in bijlage 4; Zorgproduct Dokterscoop Verwijzing Internist CVRM.

Wanneer een face-to-face contact wenselijk is, verwijst men de ketenzorgpatiënt naar de internist-vasculair geneeskundige ('verwijzing patiënt intensief internist'), die dan tijdelijk het hoofdbehandelaarschap overneemt. Dokterscoop heeft deze verwijsafspraken met de Tjongerschans en met het Antonius Ziekenhuis en maakt gebruik van Dokterscoop geormerkte verwijzingen binnen Zorgdomein.

Uitgangspunt voor deze onderlinge verwijzing zijn de Friese Wisselprotocollen in bijlage 5.

ADMINISTREREN

De patiënt beschikt zelf over een CVRM pas waarin de meetgegevens worden opgeschreven. Medicom biedt mogelijkheden om gestructureerd te gaan werken met hulp van protocollen. In dit geval protocol: ***DM2/HVZ/VVR (T90K910301)**. Hiermee worden alle gegevens verzameld en op de juiste plaats in het HIS opgeslagen.

Verder zijn de volgende protocollen van belang:

- 24uur bloeddrukmeting (24UUR-RR)
- Enkel-Arm-Index meting (EAI)
- STIMEDIC methode stop roken (P17STIMED)

Vanuit de Medicom protocollen worden gegevens automatisch opgenomen in het diagnostisch dossier. De waarden kunnen ook rechtstreeks in het diagnostisch dossier worden geplaatst.

Voorbeelden van relevante diagnostische elementen cardiovasculair risicomanagement:

SHB-code (= Medicom code)	Omschrijving
ROKENNHG	Rookstatus
CVHBKZ	Hoofdbehandelaar CVRM
CVKZKZ	Deelname Ketenzorgprogramma CVRM
RH19KQFB	Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019
HVRZKZ2	Reden geenprogram/ketenzorg CVRM

BIJHOUDEN

Nieuwe patiënten krijgen meteen de ruiter en ICPC-codes. Overleden en vertrokken patiënten worden uit het register de ketenzorgadministratie verwijderd.

Patiënten die niet komen, krijgen binnen zes maanden tot drie keer toe een herinnering (no show-brieven CVRM ketenzorg zijn beschikbaar in Medicom). Van degenen die niet aan het spreekuur wensen deel te nemen, wordt de reden 'geen programmatische zorg' (HVRZKZ2) vastgelegd en wordt de ruiter verwijderd.

Dokterscoop heeft een algemeen No-Show beleid, waarvan het stroomdiagram en bijbehorende voorbeeldbrieven terug zijn te vinden op de website van Dokterscoop.

KWALITEITSCRITERIA CVRM KETENZORG DOKTERSCOOP (GEFORMULEERD VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF)

Het CVRM-programma houdt rekening met de generieke en specifieke kwaliteitscriteria geformuleerd vanuit het patiëntperspectief die door De Hart&Vaatgroep zijn opgesteld en opgenomen in de Zorgstandaard VRM 2013 (www.hartenvaatgroep.nl).

Voor patiënten is de inhoud van het CVRM belangrijk. Na de identificatie, het in kaart brengen van het risicoprofiel en het bepalen van het risico op HVZ wordt vastgesteld aan welke risicofactoren gewerkt gaat worden. Vervolgens wordt de behandeling en begeleiding afgestemd op de wensen en doelen van de patiënt. Daarbij wordt altijd aandacht besteed aan de wensen en mogelijkheden rond zelfmanagement(ondersteuning). Het beleid wordt zoveel mogelijk verwerkt in een individueel zorgplan. In het spreekuur is een centrale plaats ingeruimd voor het stimuleren van zelfmanagement en dit wordt via scholing binnen de ketenzorggroep geborgd.

*Wat mag de patiënt op het gebied van **identificatie en diagnostiek** van het (mogelijk) verhoogd risico op HVZ verwachten?*

Het risicoprofiel

- Bij patiënten die (net) een HVZ hebben doorgemaakt, wordt een risicoprofiel opgesteld.
- Bij patiënten die verschijnen op het spreekuur van een huisarts, praktijkverpleegkundige/-ondersteuner, specialist of verpleegkundig specialist, en die een mogelijk verhoogd risico hebben maar waarbij het risicoprofiel nog niet in kaart is gebracht, wordt een risicoprofiel opgesteld.
- Het risicoprofiel kan in de eerste lijn of in de tweede lijn opgesteld worden.

Wat mag de patiënt op het gebied van het **individueel zorgplan (IZP)** verwachten?

Individuele zorgplanning

- De patiënt heeft de beschikking over een (schriftelijk of digitaal) IZP waarin de volgende elementen beschreven zijn: risicoprofiel, risicofactoren, HVZ risico- categorie, zorgbehoefte en doelen, behandeling, taken(verdeling), zelfmanagement(ondersteuning), centrale zorgverlener, controleschema, evaluatiemomenten en afspraken.
- Indien een papieren en/of digitale versie van het IZP beschikbaar is, bepaalt de patiënt van welke vorm gebruik wordt gemaakt.
- De inhoud van het IZP wordt samengesteld aan de hand van het gesprek tussen de patiënt en de zorgverlener. Het IZP is zo eenvoudig als mogelijk en zo uitgebreid als nodig.
- De patiënt en zorgverlener maken afspraken in hoeverre begeleiding met het werken met het IZP nodig is.

Wat mag de patiënt aan **behandeling en begeleiding** bij verhoogd HVZ-risico verwachten?

- Een behandeling die afgestemd is op de behoeften, wensen en doelen van de patiënt en in een tempo en op een wijze die bij de patiënt past.
- Een niet-medicamenteuze behandeling in de vorm van leefstijladvies wordt bij ieder risico op HVZ gegeven. Begeleiding van de leefstijl kan ook overwogen worden. Deze niet-medicamenteuze behandeling kan gericht zijn op: niet roken, bewegen, voeding, alcoholgebruik, gewicht en stress.
- Verwijzing van de patiënt naar een praktijkondersteuner/-verpleegkundige en/of gespecialiseerd zorgverlener ter begeleiding van leefstijlveranderingen. De zorgverlener beschikt over een actuele sociale kaart waarmee het zorgaanbod afgestemd kan worden op de zorgvraag.
- Een medicamenteuze behandeling wordt, naast leefstijladvies/-begeleiding, gegeven aan patiënten met:
 - een doorgemaakt HVZ;
 - een hoog HVZ-risico in combinatie met een verhoogd SBD en/of LDL;
 - een matig HVZ-risico en verhoogd SBD en/of LDL én de aanwezigheid van andere risico verhogende factoren (Multidisciplinaire richtlijn CVRM)Bij 70-plussers worden voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling afgewogen.

Wat mag de patiënt aan **follow-up** bij de behandeling en begeleiding verwachten?

- In het individueel zorgplan wordt vermeld welke afspraken er gemaakt zijn over de controle en begeleiding bij de ingezette behandeling. De te stellen doelen en hiervoor te nemen activiteiten moeten haalbaar zijn, in tempo en vorm die bij de patiënt past.
- Bij ieder consultbezoek wordt de motivatie, de therapietrouw, het medicatiegebruik met de bijbehorende farmaceutische zorg en leefstijl(risicofactoren) besproken.
- Na de start van medicamenteuze behandeling en na aanpassing van dosering of medicatie vinden in de eerste periode extra controlebezoeken plaats.
- Bij daling nierfunctie: zie Landelijke Transmurale Afspraak Chronische Nierschade.
- Bepaling van nuchtere glucose bij patiënten zonder DM elke drie jaar.
- Aanpassing/bijstelling van de behandeling in het geval dat streefwaarden niet bereikt worden of dat doelen en behoeften van de patiënt veranderen.
- Doorverwijzing naar internist bij (vermoeden) van hypertensieve crisis, secundaire of therapieresistente hypertensie en verdenking familiale hypercholesterolemie.

BIJLAGE 1 TABEL VOORBEREIDING EN UITVOERING KETENZORG

Nr	Aktie:	Omschrijving:	HA	PO	Ass	Gepland dd.	Afgerond dd
1.	Selecteren	Een selectie maken van de patiënten die bekend zijn met een HVZ, maar ook met een verhoogd risico op HVZ, in het HIS	X	X			
1 ^b .	Selecteren	Verwijzen van dezelfde categorieën patiënten uit het spreekuur	X	X			
2.	Registreren	Is het dossier van de geselecteerde patiënten goed op orde? Registreer volgens de ADEPD-richtlijnen en controleer of de probleemlijst volledig is. Zo nodig voert u diagnosecodes bij de chronische medicatie voor HVZ in.	X	X			
3.	Controleren	Is het geselecteerde bestand actueel? Zijn er patiënten vertrokken of overleden? Vul de hoofdbehandelaar: huisarts of specialist in.	X	X			
4.	Opsporen/oproepen	De patiënten, voor wie controle in de huisartsenpraktijk van toepassing is, komen al bij de POH voor controle, nieuwe deelnemers worden opgeroepen voor het CVRM-spreekuur.		X	X		
5.	Organiseren	Afspraken maken over inhoud en frequentie van periodiek consult. Overleg HA –PO over planning en taakverdeling.	X	X			
6.	Informereren	Patiënten informeren over doel en organisatie van een spreekuur cardiovasculair risicomanagement.		X	X		
7.	Uitvoeren	De praktijkondersteuners voeren het cardiovasculair risicomanagement uit.		X			
8.	Administreren	systematisch registreren van de controle gegevens en invoeren in het CVRM-protocol. Bijwerken van de CVRM pas van de patiënt		X			
9.	Herhalen	De controles worden herhaald in een relevante frequentie.		X			
10.	Bijhouden	Nieuwe patiënten krijgen meteen de ruiter en ICPC-codes Overleden en vertrokken patiënten worden uit de ketenzorgadministratie verwijderd Patiënten die niet komen, krijgen binnen 6 maanden tot 3 keer toe een herinnering . Van degenen die niet aan het spreekuur wensen deel te nemen, wordt de reden geen programmatische zorg (HVRZK22) vastgelegd en wordt de ruiter verwijderd.	X	X	X		

BIJLAGE 2 ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING

HUISARTSENLABORATORIUM

1. Introductie

De huisarts en de praktijkondersteuner vragen bij alle patiënten binnen het zorgprogramma CVRM een laboratoriumonderzoek aan. Via een speciaal van Dokterscoop herkenbaar labformulier (zie bijlage 2) wordt het laboratoriumonderzoek voor de CVRM-ketenzorgpatiënt aangevraagd bij het Huisartsenlaboratorium HAL/Certe (Heerenveen) of het Antonius Lab (Sneek).

De commissie CVRM van Dokterscoop heeft in 2019 aanpassingen gemaakt in het labformulier CVRM naar aanleiding van de veranderingen in de nieuwe NHG-standaard CVRM 2019. De aanpassingen zijn in de CVRM-scholing besproken.

Belangrijke wijzigingen zijn hierbij:

- niet meer nuchter prikken;
- micro albuminurie in de nieuwe gele potjes met reageerbuis;
 - Als controle niet meer jaarlijks, maar per 3 jaar
 - Bij risico schatting ook meebepalen
- LDL hoeft niet meer bij jaarcontrole als patiënt goed is ingesteld op medicatie;
 - Hier waren veel vragen over bij POH, maar....
- bij Risico-inventarisatie eens per 3-5 jaar kan het gehele lipidspectrum (als controle) worden bepaald.

De diagnostiek valt buiten de keten, maar zodra een patiënt is opgenomen in de keten, valt de diagnostiek familiäre hypercholesterolemie binnen de keten.

Bij patiënten binnen ketenzorg en bij dreigende dehydratie valt dit lab ook binnen de ketenzorg.

Het labformulier DSLABCVRM moet in de huisartspraktijk worden aangepast. De juiste versie staat in bijlage 2. Kopieer de tekst met 'CTRL-C' (verander niets aan de lay out). Ga naar correspondentie in Medicom en vervang de tekst van de brief DSLABCVRM met 'CTRL-V', ook de mutatedatum achter de brief wordt dan aangepast.

2. Werkwijze in het kort

De huisarts of de praktijkondersteuner verwijst een patiënt binnen het zorgprogramma CVRM via een Dokterscoop labformulier voor laboratoriumonderzoek naar het Huisartsenlaboratorium. Sinds 2020 is ook mogelijk dit digitaal te doen (zie punt 3). Wanneer de laboratoriumdiagnostiek is uitgevoerd, koppelt het Huisartsenlaboratorium dit terug d.m.v. een Edifactbericht.

3. Digitaal Lab aanvragen Ketenzorg

Dokterscoop heeft gestandaardiseerde papieren Laboratoriumaanvraagformulieren voor DM2 en CVRM gebaseerd op de meest recent NHG-richtlijnen. Deze formulieren zijn in de praktijken te gebruiken als maskerbrieven vanuit Medicom en worden uitgedrukt meegegeven. Het is nu ook mogelijk om laboratoriumonderzoek digitaal aan te vragen.

Dokterscoop heeft een overeenkomst met Laboratorium HAL/Certe. [Klik hier](#) voor priklocaties.

Lab HAL/Certe werkt met Colab van Topicus. Om hier gebruik van te maken, kun je je aanmelden bij Harriet Wijnstra via mail: harriet.wijnstra@hal-friesland.nl.

Hoe werkt Colab? Volg de volgende stappen vanuit Medicom:

- Acties
- Zorgplein
- Topicus Zorgportaal
- Aanvragen CoLab Friesland
- Bij naam i.p.v. HAL Friesland kiezen voor Dokterscoop
- Kies de gewenste labaanvragen via de pakketten DM2 of CVRM en/of kies losse aanvragen
- Kies afname via prikpost of thuis
- Controleer het overzicht
- Verstuur de aanvraag
- Print de aanvraag en geef deze mee (NB bij thuis prikken hoeft je geen formulier mee te geven en op sommige priklocaties loopt een pilot waar dat ook niet meer hoeft)

Dokterscoop heeft ook een overeenkomst met Laboratorium Antonius. [Klik hier](#) voor priklocaties.
Lab Antonius werkt met het voor ieder bekende Zorgdomein.

Hoe werkt Lab aanvragen in Zorgdomein? Volg de volgende stappen vanuit Medicom:

- Acties
- Zorgdomein
- Diagnostiek
- Laboratorium
- Antonius ziekenhuis Sneek/Emmeloord: Labdiagnostiek Ketenzorg Dokterscoop
- Kies de gewenste labaanvragen via de pakketten DM2 of CVRM en/of kies losse aanvragen
- Toevoegen
- Controleer het overzicht, evt. selectie box aanpassen
- Verstuur de aanvraag, door op doorgaan te klikken
- Print de aanvraag en geef deze mee

@v @o CVRM KETENZORG DOKTERSCOOP @ae
@v @o AANVRAAG LABONDERZOEK CVRM @ae

Burgerservicenummer: @bsn
Geb.datum: @p10
Gesl: @p20
Naam: @p3
Voornaam: @p2
Adres: @p4 @p5
Postcode + woonplaats: @p6 @p7
Telefoonnummer: @p11
Huisarts: @agb-verwijzer
Zorgverzekering/polisnummer: @p9

Soort identiteitsbewijs:

Nummer identiteitsbewijs: @v wij vragen de cliënt om het soort identiteitsbewijs en het nummer vooraf in te vullen en het verzekeringsbewijs en identiteitsbewijs mee te nemen

@ae Aanvraagdatum: @datum

@v @o RISICO-INVENTARISATIE @ae
([?]) lipidenspectrum, glucose, eGFR + creatinine
([?]) albumine-creatinineratio (ACR) in urine

@v @o BIJ AANVANG MEDICAMENTEUZE BEHANDELING @ae
([?]) LDL-cholesterol (elke 3 mnd herhalen tot streefwaarde is bereikt)
([?]) eGFR + creatinine, natrium, kalium (RAS-remmer en/of diureticum)

@v @o CONTROLE BEHANDELING @ae
([?]) eGFR + creatinine, natrium, kalium (RAS-remmer en/of diureticum, jaarlijks)
([?]) glucose (1x/3 jaar)
([?]) albumine-creatinineratio (ACR) in urine (1x/3 jaar)

@v @o DIAGNOSTIEK FAMILIAIRE HYPERCHOLESTEROLEMIE @ae
([?]) lipidenspectrum, glucose, TSH, ALAT

@v @o DREIGENDE DEHYDRATIE @ae
([?]) eGFR + creatinine, natrium, kalium

Overige gegevens/opmerkingen/vraagstelling:
[?]

[b]

@v @o Informatie voor de patiënt @ae

@v Bloedprikken: @ae

U kunt bloed laten prikken in: De Werf, Sluisdijk 30-4 in Joure, maandag, woensdag en vrijdag van 10.00-12.00 uur en dinsdag en donderdag van 8.00-10.00 uur
Ziekenhuis Sneek Zorgboulevard, ma t/m vrij van 7.30-16.00 uur
Ziekenhuis Heerenveen, ma t/m vrij van 9.00-16.00 uur
Tjongerschans poli van Rijgersmapark Lemmer, ma t/m vrij van 8.15-16.00 uur
Zorgplein Vissersburen Lemmer, maandag, woensdag, vrijdag: 8.00-9.30 uur en dinsdag en donderdag: 10.00-11.00 uur
Verenigingsgebouw Unitas, Omloop 1, St. Nicolaasga, maandag van 8.00-8.30 uur
De Hoekstien, Osingaleane 9, Langweer, maandag van 9.30-9.45 uur
Voor andere priklocaties in Friesland kunt u kijken op de website van het Huisartsenlaboratorium.

@v Meenemen: @ae

Als u op verzoek van uw huisarts bloed laat prikken of urine inlevert, dient u ALTIJD uw identiteitsbewijs en verzekeringsbewijs mee te brengen, ook bij afname op een prikcentrum bij u in de buurt. Dit vereenvoudigt de administratieve afhandeling van het onderzoek.

@v Nuchter: @ae

Bloed hoeft vrijwel niet meer nuchter te worden afgenomen. Maar als uw arts onderzoek heeft aangevraagd waarbij 'nuchter' staat aangegeven, mag u vanaf 22:00 uur op de dag vóór de bloedafname niets meer eten of drinken, met uitzondering van water of thee zonder suiker.

@v Urine: @ae

Als uw urine onderzocht moet worden, moet de urine in de daarvoor bestemde af te sluiten gele urinepotjes worden meegenomen. Deze urinepotjes zijn verkrijgbaar bij uw huisarts.

@i Lichaamsmateriaal (vooral bloed) wordt afgenomen ten behoeve van onderzoek en behandeling. Ketenzorg Dokterscoop besteedt het onderzoek uit aan de laboratoria hierboven genoemd. Uw laboratoriumuitslagen zijn daar ook bekend. Het materiaal dat na analyse overblijft, kan voor kwaliteitscontrole of toegepast onderzoek gebruikt worden. Dit gebeurt anoniem, dit betekent dat er niet kan worden nagegaan van wie het materiaal afkomstig is. Indien er van uw kant bezwaren zijn tegen het nader gebruik van uw lichaamsmateriaal, dan kunt u dat melden aan uw behandelend arts of bij de bloedafname. Meer informatie kunt u vinden op www.federa.org, code Goed Gebruik van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen, januari 2002, en op www.cbpweb.nl. @ae

BIJLAGE 3 ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING DIËTIST CVRM

1. Introductie

De huisarts en praktijkondersteuner geven alle patiënten binnen het zorgprogramma CVRM een voedingsadvies, gebaseerd op de NHG-zorgmodule leefstijl voeding. De huisarts adviseert patiënten met overgewicht. Bij patiënten met een BMI >25 leidt het realiseren van 5 tot 10% gewichtsverlies tot verlaging van het risicoprofiel.

De patiënt wordt voor dieetadvies en leefstijlbegeleiding naar een diëtist verwezen als bovenstaande advisering door huisarts en praktijkondersteuner onvoldoende toereikend blijkt te zijn en bij specifieke vragen of problemen met betrekking tot de voeding.

Er wordt gebruik gemaakt van de onderstaande Medische Diagnose Code's (MDC) voor de dieetadvisering binnen de ketenzorg:

Indicatieomschrijving:	MDC:
• andere HVZ	0025
• hartfalen (als comorbiditeit)	0026
• hypertensie	0027
• hypercholesterolemie	0057
• andere nierziekten	0069
• chronische nierschade	0070
• idem, met nefrotisch syndroom	0074
• te hoog gewicht volw: BMI 25-30	0086
• te hoog gewicht volw: BMI 30-35	0087
• te hoog gewicht volw: BMI 35-40	0088
• te hoog gewicht volw: BMI >40	0089

Belangrijke elementen in de behandeling gericht op voeding zijn:

- Kennis over gezonde voeding, ook bij specifieke HVZ-aandoeningen;
- Inzicht in het voedingspatroon;
- Inzicht in motivatie voor het aanpassen van het voedingspatroon;
- Natriumbeperving;
- Een concreet plan voor het aanpassen van het voedingspatroon.

2. Werkwijze in het kort

- De huisarts of praktijkondersteuner verwijst een patiënt binnen het zorgprogramma CVRM via Zorgmail naar de diëtiste voor een van onderstaande zorgproducten.
- Wanneer de diëtiste het betreffende dieetadvies heeft voltooid, koppelt de diëtiste dit terug middels een brief, bij voorkeur via Edifact.

3. Zorgproducten diëtisten CVRM

Diëtiste	Indicatie	Zorgproduct	Frequentie	Duur per keer (in minuten)
CVD1	Nieuwe CVRM-patiënten (zo nodig)	Intake	1	60
CVD2	CVRM-patiënten (met HVZ of recent vastgesteld risicoprofiel), waarbij de streefdoelen bij de controle niet behaald zijn of bij ongewenst gewichtsverlies of -toename (ongewenst BMI) op medische indicatie door de huisarts	Individuele educatie en begeleiding	3	30
CVD4	CVRM-patiënten in het eerste jaar	Individueel dieetbehandelplan	1	30
CVD10	CVRM-patiënten op medische indicatie door de huisarts bij problemen door andere hulpverleners t.a.v.: (het opvolgen van) dieetadviezen (zoals leefveranderingen); bij onvoldoende normaliseren van de het lipidspectrum of de bloeddruk; medische indicaties (zoals wijzigingen medicatie)	Follow-up controle	2	30
CVD12	Patiënten die niet in staat zijn de diëtiste te bezoeken.	Huisbezoek (toeslag)		
CVD13	Verwezen CVRM-patiënten onder behandeling van de diëtiste	Met verwijzer, multidisciplinair	1	15

BIJLAGE 4 ZORGPRODUCT DOKTERSCOOP VERWIJZING INTERNIST CVRM

1. Introductie

Voor de CVRM zijn de specialismen internist-vasculair geneeskundige, nefroloog, cardioloog, neuroloog en vaatchirurg relevant in het kader van de secundaire preventie. In plaats van CVRM-ketenzorgafspraken te maken met al deze specialisten in verschillende ziekenhuizen, kiest Dokterscoop voor een ketenzorgafpraak met uitsluitend de internist-vasculair geneeskunde. Vanuit dit vakgebied zijn heldere relaties en afspraken met genoemde hart- en vaatspecialisten. Het wisselprotocol vanuit het programma Friesland Voorop vormt een goede basis voor samenwerkingsafspraken tussen de eerste en tweede lijn en wordt actief ingezet om maximale substitutie van tweede naar eerste lijn te bewerkstelligen.

Binnen de CVRM ketenzorg van Dokterscoop is het mogelijk om een email consult bij de internist vasculair geneeskundige aan te vragen. Een eerstelijns DBC, consult internist, bestaande uit maximaal 3 poliklinische contactmomenten is in ontwikkeling. De LTA CVRM en de LTA Chronische Nierschade, zal in samenspraak met de Internisten geïmplementeerd worden in de CVRM ketenzorg Dokterscoop. Bij daling nierfunctie wordt gehandeld conform de LTA Chronische Nierschade en wordt de mogelijkheid geboden tot telenefrologie.

Er worden substitutieafspraken gemaakt tussen de eerste en tweede lijn. Hiervoor worden transmurale werkafspraken gemaakt met de internist-vasculair geneeskundige van de ziekenhuizen uit de regio van Dokterscoop. De bedoeling is dat de specialismen cardiologie, neurologie en vaatchirurgie op de hoogte zijn van deze afspraken en ook gaan volgen.

2. Werkwijze in het kort

De huisarts en de praktijkondersteuner kunnen voor alle patiënten binnen het zorgprogramma CVRM voor onderstaande indicaties een e-mailconsult aanvragen bij de internist-vasculair geneeskundige of een telenefrologisch consult bij de nefroloog.

Wanneer er een face-to-face contact wenselijk is, verwijst men de ketenzorgpatiënt naar de internist-vasculair geneeskundige ('verwijzing patiënt intensief internist'), die dan tijdelijk het hoofdbehandelaarschap overneemt. Dokterscoop heeft deze verwijsafspraken met de Tjongerschans en met het Antonius Ziekenhuis en maakt gebruik van Dokterscoop geormerkte verwijzingen binnen Zorgdomein.

3. Zorgproducten internisten CVRM/verwijsinstructie 2^e lijn CVRM

Indicatie	Consultatie/Verwijzen naar 2 ^e lijn bij:	Aan te bevelen zorgproduct	Terugverwijzing van 2 ^e naar 1 ^e lijn bij:
1. Hypertensie	<p>1.1. Hypertensieve crise</p> <p>1.2. Vermoeden secundaire hypertensie</p> <p>1.3. Minimaal 3 antihypertensiva en persisterend RR>140/90 mmHg (of 160/90mmHg bij >80 jr)</p> <p>1.4. Hypertensie (RR>130/90mmHg) bij persisteren microalbuminurie (ACR>2,5 mg/mmol creat voor mannen en >3,5 mg/mmol creat voor vrouwen) ondanks RAAS-remmer</p> <p>1.5. Hypertensie en zwangschapswens</p>	<p>➤ Verwijzing patiënt intensief internist</p> <p>➤ Verwijzing patiënt intensief internist</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist</p> <p>➤ Verwijzing patiënt intensief internist</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bereiken streefwaarden zoals vastgesteld in Individueel Zorgplan • Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten • Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan • Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld • Beperkte levensverwachting of niet meer in staat om naar ziekenhuis te gaan
2. Hypercholesterolemie/dyslipidemie	<p>2.1. (Verdenking) erfelijke hypercholesterolemie of andere vetstofwisselingsstoornis (erfelijk of secundair), indien zonder medicatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Totaal cholesterol >8 mmol/l - Totaal cholesterol/HDL cholesterol ratio > 8 - Triglyceriden > 8 of 10 - HDL mannen < 0.7 mmol/l, vrouwen < 0.8 mmol/l <p>2.2. Niet bereiken streefwaarde, indien vastgesteld in individueel zorgplan, LDL < 2.5mmol/l of <1.8 mmol/l (op indicatie)</p> <p>2.3. Eerdere rhabdomyolyse bij statine</p>	<p>➤ Verwijzing patiënt intensief internist</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist</p> <p>➤ Verwijzing patiënt intensief internist</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan • Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten • Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan • Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld • Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

Indicatie	Verwijzen naar 2 ^e lijn bij:	Aan te bevelen zorgproduct	Terugverwijzing van 2 ^e naar 1 ^e lijn bij:
3. Nierfunctiestoornissen	<p>3.1. Vermoeden onderliggende primaire nieraandoening</p> <p>3.2. Achteruitgang nierfunctie: - <65jr eGFR <45ml/min - >65jr eGFR <30ml/min</p> <p>3.3. Overweeg verwijzing bij ernstig gestoorde nierfunctie eGFR < 30 ml.min</p> <p>3.4. Progressie (micro)albuminurie ondanks adequate bloeddrukregulatie met bij voorkeur RAAS-remmer - Mannen ACR > 2,5 mg/mmol creat - Vrouwen ACR > 3,5 mg/mmol creat</p> <p>3.5. Macroalbuminurie, ongeacht de eGFR - Achteruitgang nierfunctie:<65jr eGFR 45-60ml/min - >65jr eGFR 30-45ml/min</p>	<p>➤ E-mail consultatie internist /telenefrologie</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist/telenefrologie</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist/telenefrologie</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist/telenefrologie</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist/telenefrologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bereiken van optimale en stabiele nierfunctie en/of (micro)albuminurie, geen verdere verbetering te verwachten • Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan • Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld • Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan • Stabiele micro-albuminurie bij adequate bloeddrukregulatie (met bij voorkeur een RAAS remmer) normaal eGFR
4. Overige	<p>4.1. 10-jaars Risicoscore <10% ondanks bijkomende risico verhogende factoren en/of verdenking eindorgaanschade</p> <p>4.2. Ter overweging: diagnostiek naar onbegrepen prematuur atherosclerotisch en/of trombotisch vaatlijden: - Mannen < 50 jaar - Vrouwen < 55 jaar</p> <p>4.3. Recidief hart- en vaatziekten ondanks behaalde streefwaarden CVRM zoals vastgesteld in individueel zorgplan</p> <p>4.4. In alle gevallen waarin de huisarts het wenselijk acht de patiënt te verwijzen, bijvoorbeeld sterk afwijkende of clustering van risicofactoren op jonge leeftijd</p>	<p>➤ Verwijzing patiënt intensief internist</p> <p>➤ Verwijzing patiënt intensief internist</p> <p>➤ Verwijzing naar orgaan specifieke specialist buiten keten</p> <p>➤ E-mailconsultatie internist</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan • Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten • Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan • Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld • Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

De verwijsinstructie 2^e lijn CVRM is gebaseerd op het wisselprotocol CVRM, opgesteld in augustus 2014 door Wim Brunninkhuis, Martinus Fennema en Froukje Ubels samen met betrokken ketenpartners.

BIJLAGE 5 FRIES WISSELPROTOCOL

Basis

- Educatie
- Leefstijloptimalisatie:
 - matig alcoholgebruik
 - bewuste voeding waaronder zoutbeperking (tot 5 gram/dag) o stoppen roken
 - voldoende lichamelijke activiteiten
 - stressmanagement
- Gewichtsreductie c.q. gewichtsbeheersing
- (eventuele) Medicamenteuze therapie in kader van diabetes mellitus

Hypertensie

Naar 2^e lijn

- Hypertensieve crise
- Vermoeden secundaire hypertensie
- Minimaal 3 antihypertensiva en persisterend RR>140/90mmHg (of >160/90mmHg bij > 80jaar)
- Hypertensie (RR >130/80mmHg) bij persisteren microalbuminurie (ACR > 2,5mg/mmol creat bij mannen en > 3,5 mg/mmol creat bij vrouwen) ondanks RAAS- remmer

Check vooraf:

- Overmatig drop en zoutgebruik
- Alcoholabusus
- Medicatie:
 - therapietrouw
 - bloeddruk verhogende medicatie
- Bloeddruk meetmethode
- Uitvragen obstructief slaapapnoesyndroom

Naar 1^e lijn

- Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan
- Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten
- Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan
- Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld
- Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

Hypercholesterolemie/dyslipidemie

Naar 2^e lijn

- (Verdenking) erfelijke hypercholesterolemie of andere vetstofwisselingsstoornis (erfelijk of secundair), indien zonder medicatie:
 - totaal cholesterol >8 mmol/l
 - totaal cholesterol/HDLcholesterol ratio > 8
 - triglyceriden > 8 of 10
 - HDL<0.7

- Niet bereiken streefwaarde, indien vastgesteld in individueel zorgplan, LDL < 2.5mmol/l
- Eerdere rhabdomyolyse bij statine

Naar 1^e lijn

- Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan
- Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten
- Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan
- Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld
- Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

Nierfunctiestoornissen

Naar 2^e lijn

- Vermoeden onderliggende primaire nieraandoening
- Achteruitgang nierfunctie:
 - <65jr eGFR <45ml/min
 - >65jr eGFR <30ml/min
- Overweeg verwijzing bij ernstig gestoorde nierfunctie eGFR < 30 ml/min
- Progressie (micro)albuminurie ondanks adequate bloeddrukregulatie met bij voorkeur RAAS-remmer
 - Mannen ACR > 2,5 mg/mmol creat
 - Vrouwen ACR > 3,5 mg/mmol creat
- Macroalbuminurie, ongeacht de eGFR
- Overleg nefroloog (zie onder: telenefrologie):
 - <65jr eGFR 45-60ml/min o >65jr eGFR 30-45ml/min

Naar 1^e lijn

- Bereiken van optimale en stabiele nierfunctie en/of (micro)albuminurie, geen verdere verbetering te verwachten
- Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan
- Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld
- Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

Overige op individuele indicatie

Naar 2^e lijn

- 10-jaars Risicoscore <10% ondanks bijkomende risico verhogende factoren en/of verdenking eindorgaanschade
- Ter overweging: diagnostiek naar onbegrepen prematuur atherosclerotisch en/of trombotisch vaatlijden:
 - mannen < 50 jaar
 - vrouwen <55 jaar
- Recidief hart- en vaatziekten ondanks behaalde streefwaarden CVRM zoals vastgesteld in individueel zorgplan
- In alle gevallen waarin de huisarts het wenselijk acht de patiënt te verwijzen, zoals bijvoorbeeld sterk afwijkende of clustering van risicofactoren op jonge leeftijd

Naar 1^e lijn

- Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan
- Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten
- Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan
- Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld
- Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

ECG-afwijkingen (wisselprotocol Drachten)

Naar 2^e lijn

- Aanwijzingen eindorgaanschade: LVH bij persisterende hypertensie en niet reagerend op de ingestelde medicatie
- Afwijkend ECG en cardiaal niet bekend in die gevallen waarin de cardioloog en /of beoordelend internist verwijzing adviseert

Naar 1^e lijn

- Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan
- Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten
- Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan
- Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld
- Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

Format verwijzen

Zorgdomein:

Informatieoverdracht naar 2^e lijn

- Gebruikelijke personalia
- Voorgeschiedenis (volledig, niet orgaanspecifiek)
- Reden van verwijzing, opgesteld risicoprofiel en reeds ingezette beleid, waaronder eventueel
 - Verwijzing diëtiste
 - Leefstijlbegeleiding
 - Rookstop Pogingen
 - Overige niet-medicamenteuze interventies
- Actuele en voor verwijzing relevante reeds gebruikte medicatie met vermelding resultaat en/of reden van staken/wijziging medicatie
- Individueel zorgplan
- Allergieën/intoleranties

Informatieoverdracht naar 1^e lijn

- Bevindingen diagnostiek, inclusief laboratoriumgegevens
- Conclusie en beantwoording vraagstelling
- Behandelplan, met expliciete vermelding (niet)medicamenteuze adviezen
- Ingestelde therapie en behaald resultaat
- Aandachtspunten voor controle en beleid, inclusief wat met patiënt is besproken

Teleconsultatie:

Voor overleg nefroloog: zo mogelijk gebruik maken van 'telenefrologie'

Voor overleg overige medisch specialisten: raadpleeg mogelijkheden tot teleconsultatie (in ontwikkeling)

Shared Care

Principe

Complementaire taakverdeling tussen huisarts en medisch specialist: huisarts laag complexe zorg, medisch specialist hoog complexe zorg (specialisme en/of orgaanspecifiek).

2^e lijn

- Behandeling cardiovasculaire orgaanlijden (cardioloog, vaatchirurg, neuroloog)
- Verwijzing patiënt retour 1^e lijn indien specialistische begeleiding niet meer nodig blijkt (wisselprotocol)
- Expliciete vermelding in correspondentie aan huisarts tot noodzaak CVRM in 1^e lijn

1^e lijn

- Inclusie CVRM
- Behandeling CVRM op geleide van individueel zorgplan, inclusief wisselprotocollen terugkoppeling aan medisch specialist gegevens CVRM

Indicatie	Verwijzen naar 2 ^e lijn	Overwegingen huisarts	Terugverwijzing van 2 ^e naar 1 ^e lijn bij
Hypertensie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypertensieve crise ▪ Vermoeden secundaire hypertensie ▪ Minimaal 3 antihypertensiva en persisterend RR>140/90 mmHg (of 160/90mmHg bij >80 jr) ▪ Hypertensie (RR>130/90mmHg) bij persisteren microalbuminurie (ACR>2,5 mg/mmol creat voor mannen en >3,5 mg/mmol creat voor vrouwen) ondanks RAAS-remmer 	Check vooraf: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Overmatig drop- en zoutgebruik ▪ Alcoholabuis ▪ Therapietrouw ▪ Evt bloeddruk verhogende medicatie ▪ Meetmethode bloeddruk ▪ Obstructief slaapapnoe-syndroom 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereiken streefwaard zoals vastgesteld in individueel zorgplan ▪ Stabiël meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten ▪ Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan ▪ Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld ▪ Beperkte levensverwachting of niet meer in staat om naar ziekenhuis te gaan
Hypercholesterolemie/dyslipidemie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Verdenking) erfelijke hypercholesterolemie of andere vetstofwisselingsstoornis (erfelijk of secundair), indien zonder medicatie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Totaal cholesterol >8 mmol/l ○ Totaal cholesterol/HDLcholesterol ratio > 8 ○ Triglyceriden > 8 of 10 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan ▪ Stabiël meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten ▪ Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan ▪ Wens patiënt om door huisarts te worden

	<ul style="list-style-type: none"> ○ HDL<0.7 ▪ Niet bereiken streefwaarde, indien vastgesteld in individueel zorgplan, LDL < 2.5mmol/l ▪ Eerdere rhabdomyolyse bij statine 		<p>behandeld</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan
Nierfunctiestoornissen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermoeden onderliggende primaire nieraandoening ▪ Achteruitgang nierfunctie: <ul style="list-style-type: none"> ○ <65jr eGFR <45ml/min ○ >65jr eGFR <30ml/min ▪ Overweeg verwijzing bij ernstig gestoorde nierfunctie eGFR < 30 ml/min ▪ Progressie (micro)albuminurie ondanks adequate bloeddrukregulatie met bij voorkeur RAAS-remmer <ul style="list-style-type: none"> ○ mannen ACR > 2,5 mg/mmol creat ○ vrouwen ACR > 3,5 mg/mmol creat ▪ Macroalbuminurie, ongeacht de eGFR ▪ Overleg nefroloog (zie onder: telenefrologie): <ul style="list-style-type: none"> ○ <65jr eGFR 45-60ml/min ○ >65jr eGFR 30-45ml/min 	Maak zo mogelijk gebruik van teleconsultatie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereiken van optimale en stabiele nierfunctie en/of (micro)albuminurie, geen verdere verbetering te verwachten ▪ Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan ▪ Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld ▪ Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan

Overige	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10-jaars Risicoscore <10% ondanks bijkomende risico verhogende factoren en/of verdenking eindorgaanschade ▪ Ter overweging: diagnostiek naar onbegrepen prematuur atherosclerotisch en/of trombotisch vaatlijden: <ul style="list-style-type: none"> ○ mannen < 50 jaar ○ vrouwen <55 jaar ▪ Recidief hart- en vaatziekten ondanks behaalde streefwaarden CVRM zoals vastgesteld in individueel zorgplan ▪ In alle gevallen waarin de huisarts het wenselijk acht de patiënt te verwijzen, zoals bijvoorbeeld sterk afwijkende of clustering van risicofactoren op jonge leeftijd 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan ▪ Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten ▪ Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan ▪ Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld ▪ Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan
ECG-afwijkingen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aanwijzingen eindorgaanschade: LVH bij persisterende hypertensie en niet reagerend op de ingestelde medicatie ▪ Afwijkend ECG en cardiaal niet bekend in die gevallen waarin de cardioloog en /of beoordelend internist verwijzing adviseert 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bereiken van streefwaarde vastgesteld in individueel zorgplan ▪ Stabiel meest haalbare behandeling, geen verdere verbetering te verwachten ▪ Diagnostiek afgerond, concreet behandelplan ▪ Wens patiënt om door huisarts te worden behandeld ▪ Beperkte levensverwachting, niet meer in staat om naar het ziekenhuis te gaan