

## Behandelprotocol CVRM

Behandelprotocol CVRM .....	1
1. Inleiding.....	3
1.1 Doel.....	3
1.2 Patiëntengroep.....	3
1.3. Het behandelprotocol .....	4
2. Eerste consult (POH) .....	5
2.1 Het geven van uitleg aan de patiënt over het Zorgprogramma CVRM .....	5
2.2 Het opstellen van het risicoprofiel .....	5
2.3 Vervolgdiagnostiek .....	6
2.4 Medicatie check.....	6
2.5 Indeling in intensieve- of stabiele behandelfase Op basis van het risicoprofiel komt de patiënt terecht in de intensieve- of stabiele behandelfase: .....	6
2.6 Overleg .....	6
3. Tweede consult (POH).....	6
3.1 Bespreken risicoprofiel.....	7
3.2 Opstellen individueel zorgplan De POH stelt samen met de patiënt een individueel zorgplan op.....	7
3.3 Zelfmanagementondersteuning.....	7
3.4 Starten van interventie(s) (alleen intensieve behandelfase) .....	7
4. Vervolgconsulten .....	8
4.1 1. Stabiele fase .....	8
4.1.2 Jaarcontrole met laboratoriumbepalingen (huisarts) .....	8
4.1.3 Jaarcontrole zonder laboratoriumbepalingen (POH) .....	9
4.2 Intensieve behandelfase .....	9
5. Verwijzingen en consultaties .....	10
5.1. Verwijzingen naar andere ketenpartners.....	10
5.2. E- Consultatie van een specialist .....	10
5.3. Verwijzingen en terugverwijzingen naar/vanuit de tweede lijn .....	10
Bijlage 1 Cardiovasculair risicoprofiel vaststellen .....	12
Bijlage 2 Vervolgdiagnostiek .....	14
Bijlage 3 Medicamenteuze behandeling bij HVZ .....	16
Bijlage 4 Interventies en controles bij verhoogde risicofactoren .....	20
Bijlage 5 Verwijzing naar ketenpartners binnen de eerste lijn:.....	21
Bijlage 7 Voorlichtingsonderwerpen.....	25
Bijlage 8 Protocol bloeddrukmeting .....	27

# 1. Inleiding

## 1.1 Doel

Doel van dit behandelprotocol CVRM is om optimale CVRM zorg te verlenen aan patiënten met een verhoogd risico op – of doorgemaakte hart- en vaat ziekte (HVZ), zodat manifestaties en complicaties van hart- en vaat ziekten gereduceerd worden.

Dit protocol geeft richtlijnen voor het handelen van de huisarts, POH en betrokken praktijkassistenten. Het persoonlijk inzicht van de huisarts blijft hierbij een belangrijk aspect en relevante factoren in een specifieke situatie kan beredeneerd afwijken van het beschreven beleid rechtvaardigen. Tevens geldt ook altijd dat factoren (mogelijkheden, wensen) van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen.

Van deelnemende ketenpartners van het zorgprogramma wordt verwacht dat zij verantwoordelijkheid nemen voor goede zorg indien zij een complicatie of onverwachte ontwikkeling bij een patiënt constateren. Dit betekent dat zij de patiënt overdragen naar de verantwoordelijke zorgverlener, waarbij zij direct communiceren met de betreffende zorgverlener, een goede inhoudelijke overdracht verzorgen en controleren of de patiënt ook daadwerkelijk bij deze zorgverlener is aangekomen. Zij zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van de geboden zorg door de zorgverlener waar naar verwezen is. Voor POH's, praktijkassistenten, fysiotherapeuten, diëtisten geldt dat zij contact opnemen met de huisarts als verantwoordelijke zorgverlener.

## 1.2 Patiëntengroep

In onderstaande tabellen staan de inclusiecriteria voor de patiëntengroep waar het Zorgprogramma CVRM (HVZ en VVR) zich op richt:

**Tabel 1: Inclusie- en exclusiecriteria patiëntenpopulatie HVZ**

Inclusiecriteria		
Patiënten met:	→	Indien zij:
<i>Hartvaatziekten (HVZ) waaronder:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Angina pectoris</li><li>• Acuut coronair syndroom (myocardinfarct)</li><li>• Coronaire revascularisatie</li><li>• TIA of beroerte</li><li>• Intercerebrale bloeding*</li><li>• Symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose</li><li>• Aorta-aneurysma</li><li>• Claudicatio intermittens of perifere revascularisatie</li><li>• Met beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie</li><li>• Andere chronische ischemische hartziekten</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• Zijn overgedragen uit de tweede lijn</li><li>• Meer dan anderhalf jaar niet meer op controle van een specialist zijn geweest</li><li>• Nooit of lang geleden in de tweede lijn onder controle zijn geweest</li></ul>
Exclusiecriteria:		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diabetes Mellitus type 2 (indien zij in het zorgprogramma Diabetes zijn opgenomen)</li><li>• Patiënten die alleen hypertensie en/of een te hoog cholesterol hebben</li><li>• Patiënten met HVZ die in de tweede lijn onder behandeling zijn</li></ul>		

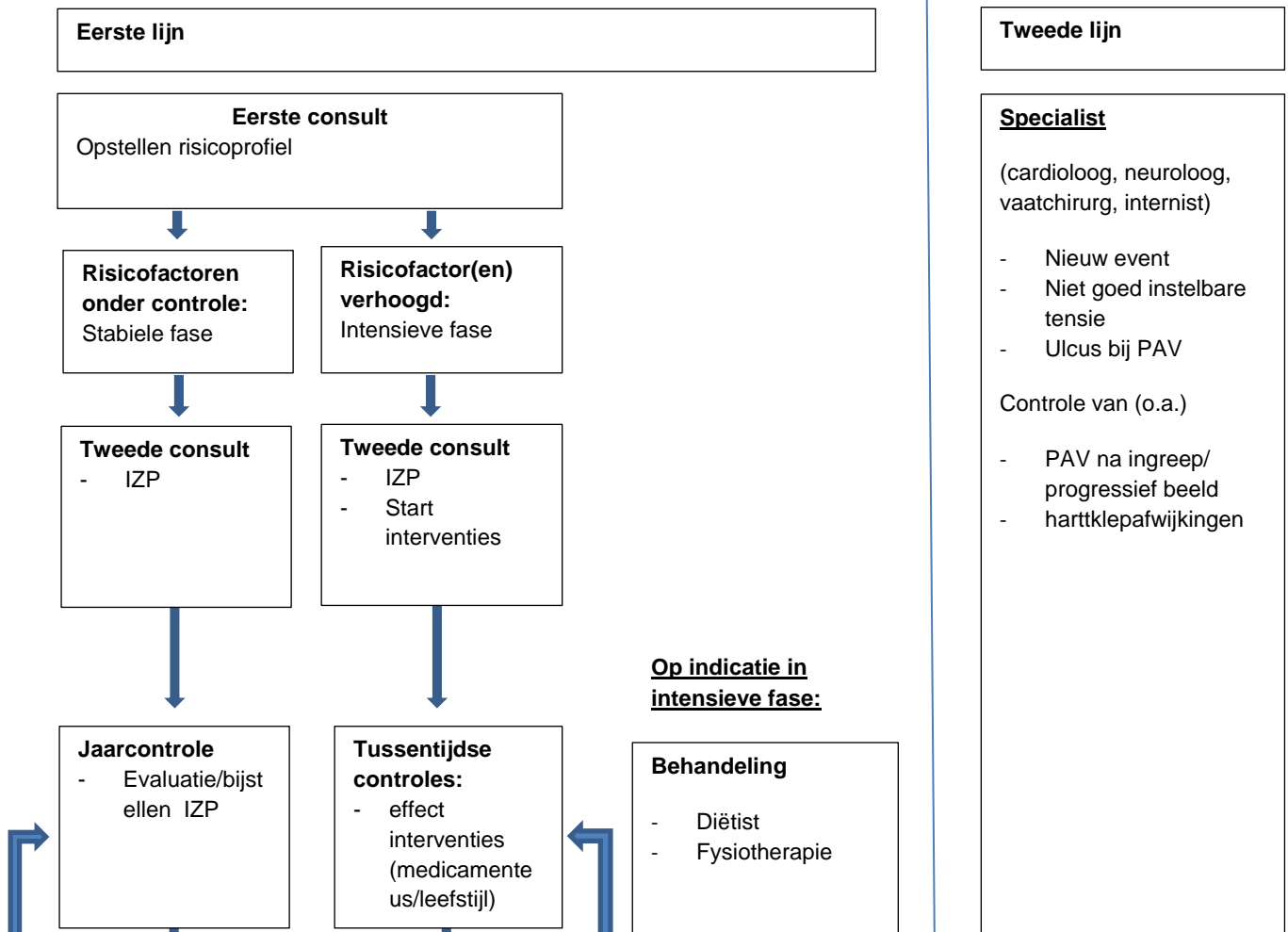
- Hoewel deze patiënten geen ischemisch infarct hebben doorgemaakt, worden zij wel in het zorgprogramma opgenomen en krijgen zij standaard CVRM zorg, Zij gebruiken alleen geen bloedverduunners.

**Tabel 2: Inclusie- en exclusiecriteria patiëntenpopulatie VVR**

<p><b>Inclusiecriteria:</b></p> <p>Vasculair verhoogd risico (VVR) waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chol &gt;8 mmol/l</li> <li>• Hypertensie &gt;180 mmHg</li> <li>• Hypertensie met antihypertensiva (o.b.v. verhoogd risico)</li> <li>• Hypercholesterolemie met statine (o.b.v. verhoogd risico)</li> <li>• Ernstige of matige chronische nierschade</li> <li>• Berekend tienjaarsrisico op HVZ met SCORE <math>\geq</math> 10%</li> <li>• Berekend tienjaarsrisico HVZ met SCORE <math>\geq</math> 5 en &lt;10%</li> </ul>
<p><b>Exclusiecriteria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes Mellitus type 2 (indien zij in het zorgprogramma Diabetes zijn opgenomen)</li> <li>• Patiënten met HVZ</li> <li>• Patiënten met nierfunctiestoornissen die in de tweede lijn onder behandeling zijn van de nefroloog/internist</li> <li>• Berekend 10 jaarsrisico op HVZ &lt;5 %</li> </ul>

### 1.3. Het behandelprotocol

In schema ziet het behandelprotocol er als volgt uit:



## 2. Eerste consult (POH)

In het eerste consult komen de volgende punten aan bod:

- het geven van uitleg aan de patiënt over het Zorgprogramma CVRM
- het opstellen van het risicoprofiel
- het aanvragen van vervolgdagnostiek bij afwijkende biometrische waarden
- het eventueel starten van medicamenteuze interventie

### 2.1 Het geven van uitleg aan de patiënt over het Zorgprogramma CVRM

Aan de patiënt wordt uitgelegd dat hij/zij een verhoogd risico op een (nieuwe) hart- vaatziekte heeft. Doel van het CVRM spreekuur is om de patiënt te ondersteunen om dit risico te verlagen. Alle risicofactoren die van belang zijn worden in kaart gebracht.

In overleg met de patiënt wordt gekeken hoe de risicofactoren op een gezond niveau kunnen worden gebracht. Het belang van medicatie, leefstijlbegeleiding en regelmatige controle wordt uitgelegd. Patiënten krijgen uitleg over het Zorgprogramma CVRM betreffende frequentie en inhoud van de verschillende controles.

Vraag de patiënt of hij/zij wil deelnemen aan het CVRM programma en noteer dit op de oproeplijst. Breng, wanneer van toepassing, de specialist op de hoogte van de deelname van de patiënt aan het Zorgprogramma CVRM.

### 2.2 Het opstellen van het risicoprofiel

Het risicoprofiel wordt opgesteld op basis van de volgende factoren:

**Tabel 2: Risicofactoren**

Achtergrondkenmerken	Leefstijlfactoren	Biometrische gegevens
Leeftijd, geslacht	Beweging	BMI
Voorgeschiedenis HVZ	Voeding	Bloeddruk
Familiaire belasting HVZ	Roken	Cholesterol
	Psychosociale risicofactoren	Glucose nuchter
	Alcohol gebruik	Kreatinine, nierfunctie (eGFR). Albumine-creatinineratio in urine.
		Kalium en Natrium

Benodigde gegevens voor het risicoprofiel worden verzameld zoals beschreven in *Bijlage 1 'Cardiovasculair risico vaststellen'*.

Voor de verschillende risicofactoren gelden de volgende streefwaarden:

**Tabel 3: Streefwaarden risicofactoren**

Risicofactor	Streefwaarde
Voeding	Richtlijn goede voeding 2015 (Gezondheidsraad). (schijf van Vijf van het voedingscentrum)
Roken	niet / gestaakt (meerroken vermijden)
Bewegen	Beweegadvies conform de adviezen van de Gezondheidsraad. Minstens 150 min per week matig intensieve inspanning (bijv. wandelen/ fietsen)
BMI	<70 jaar: BMI 20-25 ≥70 jaar: BMI 22-28
Bloeddruk (systolisch)	≤ 140 (70 jaar of jonger) Overweeg <130 bij extra risico-verhogende factoren, zoals diabetes mellitus en chronische nierschade Overweeg < 150 bij vergevorderde ouderdom of kwetsbare ouderen
LDL	<1,8 (<70 jaar) <2,6 (niet kwetsbare ouderen)

### 2.3 Vervolgdiagnostiek

Bij afwijkende biometrische waarden uit het risicoprofiel is vervolgonderzoek nodig zoals beschreven in *Bijlage 2 'Vervolgdiagnostiek'*. Overleg met de huisarts zoals beschreven in de bijlage.

### 2.4 Medicatie check

Alle medicatie die de patiënt gebruikt wordt besproken en gecheckt en zo nodig door de huisarts of in overleg met de huisarts aangepast (zie *Bijlage 3 'Medicamenteuze behandeling bij HVZ'*).

### 2.5 Indeling in intensieve- of stabiele behandel fase

Op basis van het risicoprofiel komt de patiënt terecht in de intensieve- of stabiele behandel fase:

**Intensieve behandel fase:** één of meerdere risicofactoren zijn verhoogd (zie streefwaarden Tabel 3) en/of geïndiceerde medicatie ontbreekt (zie *Bijlage 3 'Medicamenteuze behandeling bij HVZ'*).

**Stabiele behandel fase:** alle risicofactoren zijn onder controle, of bepaalde niet behaalde streefwaarden worden geaccepteerd (zie streefwaarden *Tabel 3*), alle geïndiceerde medicatie wordt gebruikt (zie *Bijlage 3 'Medicamenteuze behandeling bij HVZ'*).

### 2.6 Overleg

De uitkomsten van het risicoprofiel, het medicatie gebruik en de indeling in behandel fase wordt met de huisarts besproken en hoofdpunten van het zorgplan worden afgestemd.

## 3. Tweede consult (POH)

Het tweede consult wordt 1-4 weken na het eerste consult gepland.

In het tweede consult komen de volgende punten aan bod:

- Bespreken van het risicoprofiel en eventuele diagnoses
- Opstellen van het individueel zorgplan
- Zelfmanagement ondersteuning
- Het starten van één of meerdere interventies (intensieve behandel fase)

### 3.1 Bespreken risicoprofiel

De uitkomsten en implicaties van het risicoprofiel en eventuele diagnoses die gesteld zijn worden besproken met de patiënt. Waar mogelijk kan hierbij gebruik worden gemaakt van patiënten informatie (schriftelijk of via thuisarts.nl).

Vervolgens worden de behandelmogelijkheden met de patiënt besproken.

### 3.2 Opstellen individueel zorgplan

De POH stelt samen met de patiënt een individueel zorgplan op.

Een individueel zorgplan omvat de volgende elementen:

- Risicoprofiel en de afzonderlijke risicofactoren
- De afgesproken doelen van de patiënt
- De acties die de patiënt gaat ondernemen om deze doelen te realiseren
- De afspraken omtrent de begeleiding van de patiënt
- Afspraken rondom het tijdsplan voor het behalen van de doelen, evaluatie en bijstelling van het plan
- Verantwoordelijke zorgverlener
- Taakverdeling tussen patiënt en zorgverlener: wie doet wat en wanneer

### 3.3 Zelfmanagementondersteuning

Zelfmanagement speelt een grote rol binnen het behandelprotocol CVRM. Voor patiënten is het van belang zo goed mogelijk te (leren) leven met hun aandoening of risicofactoren. Elke keuze die een patiënt maakt kan een positieve of negatieve invloed hebben op het beloop van de ziekte, het optreden van complicaties en de kwaliteit van leven. De POH kan patiënten ondersteunen in hun zelfmanagement. Zelfmanagementondersteuning kan zich bijvoorbeeld richten op het accepteren van de aandoening, het omgaan met hinder en beperkingen of het bevorderen of handhaven van therapietrouw of gezonde leefstijl. Het individueel zorgplan is hierbij het uitgangspunt.

Het gebruik van de lijst met voorlichtingsonderwerpen (*Bijlage 7 'Voorlichtingsonderwerpen'*) kan helpen bij het inzichtelijk maken van de thema's waarop de patiënt behoefte heeft aan ondersteuning.

### 3.4 Starten van interventie(s) (alleen intensieve behandelfase)

In *Bijlage 4 'Interventies en controles bij verhoogde risicofactoren'* wordt weergegeven welke interventies er moeten worden gestart in de intensieve behandelfase bij een verhoogde risicofactor en welke standaarden en richtlijnen daarbij kunnen worden gebruikt. Bij de tussentijdse controles wordt het effect van de interventies gecontroleerd.

## 4. Vervolgconsulten

### 4.1.1. Stabiele fase

In de stabiele behandel fase zijn twee jaarlijkse controles geïndiceerd.

Doel stabiele behandel fase:

- Controleren risicoprofiel: risicofactoren gewijzigd?
- Ondersteunen van het volhouden van leefstijlverandering
- Controleren (medicamenteuze) behandeling
- Eventueel starten van nieuwe (leefstijl) interventies

Indien er leefstijl- en/of medicamenteuze interventie noodzakelijk is, dan wordt de controlefrequentie verhoogd en komt de patiënt in de intensieve behandel fase terecht. Ook kan in de stabiele behandel fase in overleg met de patiënt of op basis van de inschatting van de huisarts of de POH de controlefrequentie worden verhoogd, indien dit bijvoorbeeld nuttig wordt geacht voor de therapietrouw of het volhouden van een leefstijlinterventie (bijvoorbeeld voldoende bewegen).

In individuele gevallen kunnen huisarts en patiënt samen overeenkomen dat een één jaarlijkse controle (eventueel door de POH verricht) voldoende is om de bereikte streefwaarden van de risicofactoren te behouden.

### 4.1.2 Jaarcontrole met laboratoriumbepalingen (huisarts)

De jaarcontrole bestaat uit de volgende elementen:

- Anamnese: klachten, gezondheidsbeleving, ervaring met leefstijlaanpassing, therapietrouw medicatie, bijwerkingen medicatie, bespreken vragenlijst CVRM spreekuur (zie *Bijlage 4* van het *Vorbereidingsprotocol*).
- Opstellen risicoprofiel (zie *Bijlage 1 'Cardiovasculair risicoprofiel vaststellen'*):
  - Bloeddruk
  - Pols
  - Gewicht
  - Glucose, Natrium, Kalium, Kreatinine, e-GFR (MDRD), LDL, albumine-creatinineratio in urine.
- Effect behandeling nagaan
- Evaluatie van behalen opgestelde doelen in individueel zorgplan
- Maken van vervolgafspraken

*Wanneer nodig:*

- Ingaan op vragen van de patiënt (mogelijk naar aanleiding van eerder opgestuurde suggesties voor onderwerpen zoals beschreven in *Bijlage 7 'Voorlichtingsonderwerpen'*)
- Voorlichting en instructie
- Zelfmanagement ondersteuning
- Behandeling bijstellen
- Ambulante thuisbloeddrukmeting / 24 –u bloeddrukmeting / BP30-meting/ E/A index / ECG: bij specifieke patiëntengroepen jaarlijks en op indicatie (zie *Bijlage 2 'Vervolgdiagnostiek', Bijlage 8 'Protocol thuisbloeddrukmeting'* en *'Protocol 24-u bloeddrukmeting'*)
- Consulteren van of verwijzen naar de tweede lijn

Zijn alle risicofactoren onder controle of worden bepaalde verhoogde risicofactoren geaccepteerd, dan blijft de patiënt in de stabiele behandel fase. Patiënt krijgt een vervolgafpraak voor over een half jaar bij de POH. Zijn risicofactoren niet onder controle en is interventie noodzakelijk en gewenst dan gaat de patiënt naar de intensieve behandel fase.



#### 4.1.3 Jaarcontrole zonder laboratoriumbepalingen (POH)

- Anamnese: klachten, gezondheidsbeleving, ervaring met leefstijlaanpassing, therapietrouw medicatie, bijwerkingen medicatie, bespreken vragenlijst CVRM spreekuur (zie *Bijlage 4* van het voorbereidingsprotocol).
- Metingen verrichten (zie *Bijlage 1 'Cardiovasculair risico vaststellen'*):
  - Bloeddruk
  - Pols
  - Gewicht
- Effect behandeling nagaan
- Evaluatie van behalen opgestelde doelen in individueel zorgplan
- Maken van vervolgafspraken

##### Wanneer nodig:

- Ingaan op vragen van de patiënt (mogelijk naar aanleiding van eerder opgestuurde suggesties voor onderwerpen (zie *Bijlage 7 'Voorlichtingsonderwerpen'*)
- Voorlichting en instructie
- Zelfmanagement ondersteuning
- Behandeling bijstellen
- Ambulante thuisbloeddrukmeting / 24-u bloeddrukmeting/ BP30-meting / E/A index / ECG: bij specifieke patiëntengroepen jaarlijks en op indicatie zie *Bijlage 2 'Vervolgdiagnostiek'*
- In overleg met de huisarts consulteren of verwijzen

Zijn alle risicofactoren onder controle of worden bepaalde verhoogde risicofactoren geaccepteerd, dan blijft de patiënt in de stabiele behandel fase. Patiënt krijgt een vervolgafspraak voor over een half jaar bij de huisarts. Zijn risicofactoren niet onder controle en is interventie noodzakelijk en gewenst dan gaat de patiënt naar de intensieve behandel fase.

## 4.2 Intensieve behandel fase

Patiënt wordt intensief (> 2 keer per jaar) begeleid.

Doel intensieve behandel fase:

- Verlagen van het risico via leefstijlaanpassing en medicamenteuze behandeling.
- Bewaken therapietrouw en medicatieveiligheid
- Bevorderen zelfmanagement

### 4.2.1 Jaarcontrole met laboratoriumbepalingen (huisarts)

Zie jaarcontrole huisarts stabiele fase.

Indien de patiënt in de intensieve fase meer dan 4 keer per jaar wordt gezien, dan komt de jaarlijkse controle POH te vervallen.

### 4.2.2. Tussentijdse controles huisarts en POH:

Afhankelijk van de verhoogde risicofactoren, medicamenteuze interventies en de afspraken die gelden binnen de praktijk wordt de patiënt door de huisarts en/of de POH gecontroleerd.

- Anamnese: klachten, gezondheidsbeleving, ervaring met leefstijlaanpassing, therapietrouw medicatie, bijwerkingen medicatie
- Metingen verrichten (zie *Bijlage 1 'Cardiovasculair risico vaststellen'*), afhankelijk van aanwezige verhoogde risicofactoren

- Effect behandeling nagaan:
- Evaluatie van behalen opgestelde doelen in individueel zorgplan
- Maken van vervolgafspraken

*Wanneer nodig*

- Ingaan op vragen van de patiënt
- Voorlichting en instructie
- Zelfmanagement ondersteuning
- Behandeling bijstellen
- (In overleg met de huisarts) consulteren van of verwijzen naar specialist

Zijn alle risicofactoren onder controle, dan gaat de patiënt in de stabiele behandelfase. Is dat niet het geval en is interventie noodzakelijk en gewenst, dan blijft de patiënt in de intensieve behandelfase.

## **5. Verwijzingen en consultaties**

De samenwerking tussen eerste en tweede lijn werkt optimaal als er sprake is van een complementaire taakverdeling, waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is voor CVRM en in samenspraak met de patiënt een zorgplan opstelt en vervolgt. Dit eventueel in samenwerking met andere zorgverleners binnen de eerste lijn of met advies van, of in samenspraak met, een specialist uit de tweede lijn via consultatie.

### **5.1. Verwijzingen naar andere ketenpartners**

Afhankelijk van de aanwezige risicofactoren kan voor een deel van de behandeling worden doorverwezen naar de volgende ketenpartners:

- Diëtist
- Fysiotherapeut (vergoeding valt niet binnen de ketenzorg)

De doelstellingen en de criteria voor verwijzing staan vermeld in *Bijlage 5 'Verwijzing naar ketenpartners binnen de eerste lijn'*.

### **5.2. E-Consultatie van een specialist**

Een e-consultatie van een kaderhuisarts en/of specialist kan worden ingezet bij niet acute diagnostische- en behandelingsdilemma's op het gebied van CVRM die niet beschreven staan in de standaard, maar waarvoor de patiënt niet door de specialist gezien hoeft te worden. Hiervoor kan een e-consultatie worden aangevraagd in de tweede lijn via VIPlive.

### **5.3. Verwijzingen en terugverwijzingen naar/vanuit de tweede lijn**

De afspraken over verwijzen naar de tweede lijn staan vermeld in *Bijlage 6 'Criteria verwijzingen CVRM zorgprogramma'*.

Patiënten met HVZ die in de tweede lijn behandeld werden, worden volgens de genoemde criteria in *Bijlage 6* naar de eerste lijn overgedragen.

## **Bijlagen behandelprotocol CVRM**

- Bijlage 1 Cardiovasculair risicoprofiel vaststellen
- Bijlage 2 Vervolgdiagnostiek
- Bijlage 3 Medicamenteuze behandeling bij HVZ
- Bijlage 4 Interventies en controles bij verhoogde risicofactoren
- Bijlage 5 Verwijzing naar ketenpartners binnen de eerste lijn
- Bijlage 6 Criteria verwijzingen CVRM zorgprogramma
- Bijlage 7 Voorlichtingsonderwerpen
- Bijlage 8 Protocol Thuisbloeddrukmeting/ 24 u bloeddrukmeting en

## **Bijlage 1    Cardiovasculair risicoprofiel vaststellen**

Deze bijlage beschrijft hoe de POH de risicofactoren bepaalt.

### **1.    Leeftijd en geslacht**

Deze zijn al bekend.

### **2.    Hart- of vaatziekte in de voorgeschiedenis**

Patiënten op het CVRM spreekuur hebben een HVZ doorgemaakt. U vraagt bij de patiënt na of de diagnoses in het medisch dossier juist zijn vermeld. Mocht de patiënt HVZ noemen die nog niet in het medisch dossier zijn vermeld dan worden ze ingevoerd met de bijbehorende ICPC codes. Als de patiënt klachten meldt, moet de huisarts die evalueren.

### **3.    Roken/ voeding/ alcohol gebruik en lichamelijke activiteit**

NHG-Zorgmodules leefstijl  
Five Shot vragenlijst

### **4.    Hart- of vaatziekte bij een ouder, broer of zus: bij vader/ broer <55 jaar en voor moeder/ zus <65 jaar**

Dit vraagt u aan de patiënt, voor zover de informatie niet in het dossier staat en het wordt gecodeerd als ICPC A29.01.

### **5.    BMI/ Middelomtrek**

Voor de BMI bepaalt u lengte en gewicht. De meeste HIS'sen berekenen de BMI (of queteletindex) zelf en anders kunt u een schuiftabel of een rekenmachine gebruiken. De BMI of queteletindex is gewicht (kg)/lengte (m)<sup>2</sup>.

Metten buikomvang: hartstichting/ meten-middelomvang

### **6.    Psychosociale factoren**

Vraag naar: sociaal economische status, maatschappelijke steun, stress op het werk en in het gezin, vijandigheid, depressie, angst en ander psychische stoornissen. Deze dragen bij aan het risico op hart- en vaatziekten en een slechtere prognose bij hart- en vaatziekten. Daarnaast vormen psychosociale risicofactoren een hindernis bij therapietrouw en pogingen de leefstijl te verbeteren, en bij het bevorderen van gezond gedrag onder patiënten. Overweeg begeleiding van POH-GGZ en behandeling van depressie psychose of angststoornis volgens vigerende richtlijnen.

## **7. Bloeddruk**

Voor het bepalen van de bloeddruk, zie bijlage 8 protocol bloeddruk meting

## **8. Cholesterolgehalte**

U bepaalt het lipidspectrum, dat bestaat uit het totaalcholesterol, HDL- en LDL-cholesterol en triglyceriden. Bij de bepaling hoeft de patiënt niet nuchter te zijn. Voor controle bij patiënten met HVZ heeft u in principe alleen het LDL-cholesterol nodig.

## **9. Bloedglucosegehalte**

U bepaalt het bloedglucosegehalte. Dit hoeft niet nuchter. Als u met een draagbare meter (met vingerprikbloed) een uitslag rond de grenswaarde vindt, dan moet er alsnog een bepaling in het laboratorium worden verricht.

## **10. Serumcreatinine, nierfunctie en albumine-creatinineratio in urine.**

U laat bij alle patiënten het serumcreatininegehalte (CKD-EPI-formule) geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) bepalen in het bloed en albumine-creatinineratio in de urine.

## **11. Kalium en Natrium**

Onderzoek van het Kalium en Natrium wordt aanbevolen bij patiënten met hypertensie voor aanvang van de behandeling en bij controle tijdens behandeling. De controle bij aanvang van de medicatie kan vervallen als de eGFR, het natrium- en kaliumgehalte recentelijk bepaald zijn en niet afwijkend waren. De bepalingen behoren niet tot het risicoprofiel zelf maar moeten wel bepaald worden bij de jaarlijkse controles indien de patiënt behandeld wordt voor hypertensie met behulp van diuretica en of ACE remmers. Ook bij wijziging van deze medicatie moet deze bepalingen worden herhaald.

## Bijlage 2 Vervolgdiagnostiek

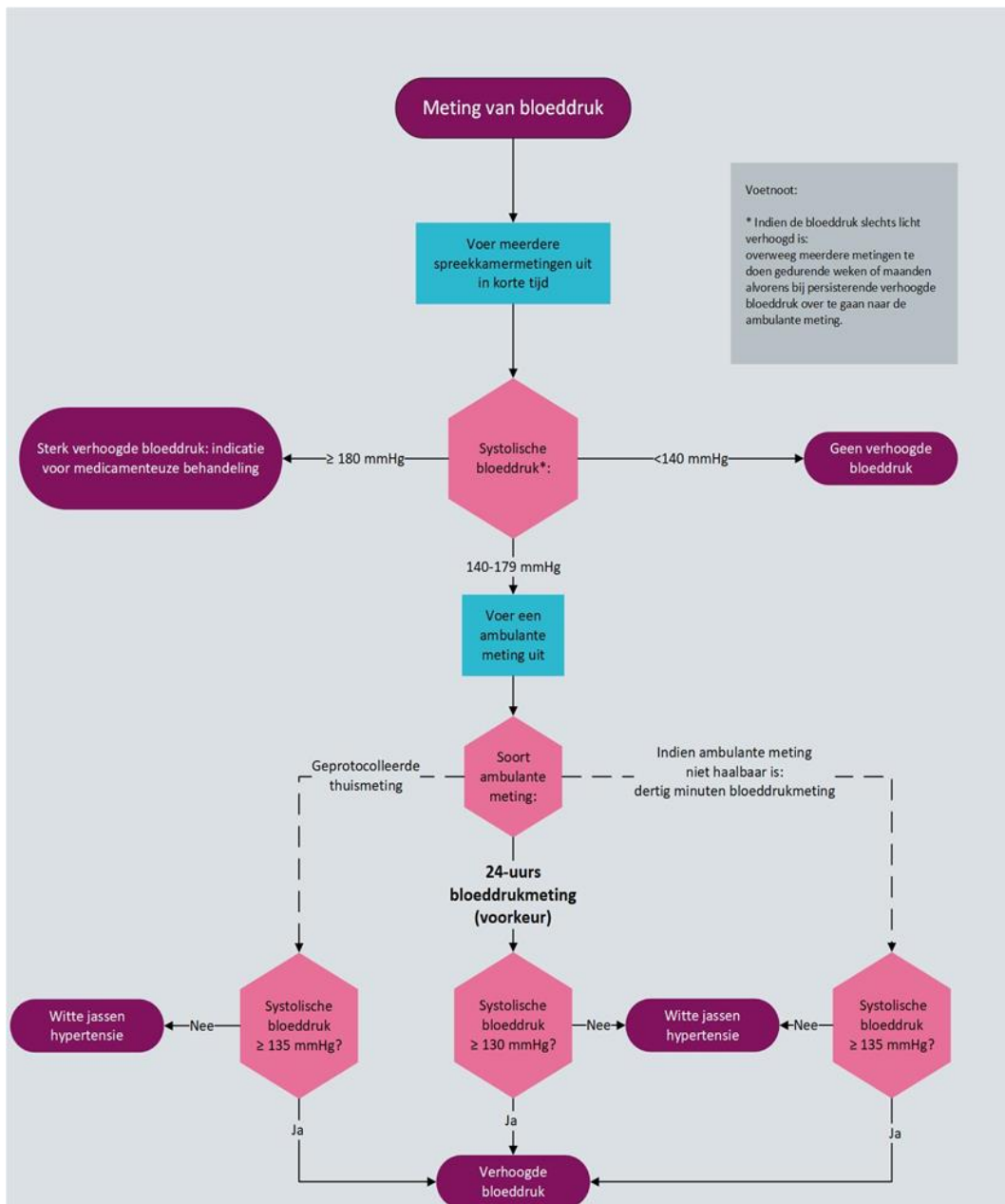
Bij afwijkende biometrische waarden wordt vervolgdagnostiek aangevraagd:

### Gestoorde bloedglucose

Zie NHG standaard Diabetes Mellitus

### Verhoogde bloeddruk

Evalueer de bloeddruk door middel van meerdere spreekkamermetingen. Gebruik bij een behandelindicatie ook een ambulante meting (zie stroomschema)



## **Verhoogd cholesterol**

Indien het TC >8 mmol/l of het LDL > 5 mmol/l is, dan is nader onderzoek naar familiale hypercholesterolemie geïndiceerd indien dit nog niet is verricht.

Nadere diagnostiek bij verdenking familiale hypercholesterolemie volgens het *NHG standaard Familiaire hypercholesterolemie*.

## **Verdenking nierschade**

Vervolgmetingen en beleid volgens *NHG standaard chronische nierschade*.

## **ECG**

### *Indicaties*

- Op indicatie bij patiënten met een doorgemaakt hartinfarct
- Op indicatie bij verdenking andere pathologie bijvoorbeeld ritmestoornissen

## **E/A index**

### *Indicaties:*

- Jaarlijks bij patiënten met stabiel perifeer vaatlijden
- Op indicatie bij verdenking perifeer arterieel vaatlijden

## Bijlage 3 Medicamenteuze behandeling bij HVZ

### 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 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: voeg ezetimib toe bij patiënten met hart- en vaatziekten  $\leq 70$  jaar en weeg bij overige patiënten de voor- en nadelen samen af.
- 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.

#### *Berekening van de LDL-daling*

*Tabel 3 Berekening van de LDL-daling*

LDL-cholesterolstreefwaarde	Onbehandelde LDL-cholesterol (mmol/L)	
< 1,8 mmol/L (patiënten met HVZ $\leq 70$ jaar)	1,8-2,8	$\geq 2,9$
< 2,6 mmol/L (overige patiënten)	2,6-4,1	$\geq 4,2$
LDL-daling	< 40%	$\geq 40\%$

#### *Therapieschema cholesterolbehandeling*



### **Stap 1:** statine

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

### **Stap 2:** intensiveer de lipidenverlagende therapie

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

### **Stap 3:** toevoegen ezetimib

- Indien de streefwaarde niet is bereikt: voeg ezetimib 1 dd 10 mg toe bij patiënten mét hart- en vaatziekten ≤ 70 jaar. Weeg bij overige patiënten de voor- en nadelen 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**

- Stop alleen met lipidenverlagende medicatie bij onoverkomelijke bijwerkingen bij niet-kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten.
- Overweeg te stoppen met lipidenverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten, in het bijzonder bij het optreden van een mogelijke bijwerking of bij een geringe geschatte resterende levensverwachting.
- Stop met lipidenverlagende medicatie bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten.

## **Bloeddruk**

### *Uitgangspunten van de bloeddrukbehandeling*

- Bepaal bij aanvang van de behandeling met een angiotensineconverterende enzymremmer (ACE-remmer), angiotensinereceptorblokker6 (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 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.
- Alleen de combinaties bètablokker-diuretica (risico op DM) en ACE-remmer-ARB (risico op nierfalen) worden niet aanbevolen.

Tabel 4 Voorkeursgeneesmiddelen in specifieke situaties

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

ACE-R = angiotensineconverterende enzymremmer; ARB = angiotensinereceptorblokker; diuretica = thiazide of thiazideachtig; MI = myocardinfarct;

### Therapieschema bloeddrukbehandeling

Stap 1a t/m 1e zijn gelijkwaardige keuzen.

#### 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) (gelijkwaardige keuzen).
- Bij verminderde nierfunctie (eGFR 10-50 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>): pas dosis aan.<sup>7</sup>

#### Stap 1b: angiotensinereceptorblokker (ARB)

- Geef telmisartan 1 dd 40 mg<sup>8</sup> (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) (gelijkwaardige keuzen).
- Bij eGFR > 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> is dosisaanpassing niet nodig.

#### Stap 1c: calciumantagonist

- Geef amlodipine 1 dd 5 mg of lercanidipine 1 dd 10 mg (gelijkwaardige keuzen).
- Bij patiënten met tevens atriumfibrilleren gaat de voorkeur uit naar verapamil mga 1 dd 120 mg of diltiazem mga 1 dd 200 mg.
- Geef bij voorkeur geen calciumantagonisten aan patiënten met hartfalen.

#### Stap 1d: diureticum (thiazide-)

- Geef hydrochloorthiazide 1 dd 12,5 mg of chloortalidon 1 dd 12,5 mg (gelijkwaardige keuzen).
- Thiazidediuretica zijn geen voorkeursmiddel bij patiënten met jicht of atriumfibrilleren.
- Overweeg geen thiaziden te geven aan patiënten die een basaalcel- of plaveiselcelcarcinoom hebben (gehad). Thiaziden veroorzaken fotosensibilisatie en voor hydrochloorthiazide is aangetoond dat dit bij langdurig gebruik het risico op een recidief op deze vormen van huidkanker verhoogt. Andere thiaziden hebben mogelijk ook dit effect.
- Adviseer vanwege de fotosensibiliserende werking om verstandig te zonnen, conform de algemeen geldende adviezen van KWF Kankerbestrijding.

#### Stap 1e: bètablokker

- Geef metoprololsuccinaat mga 1 dd 50 mg, atenolol 1 dd 25 mg of bisoprolol 1 dd 5 mg ('s morgens) (gelijkwaardige keuzen).

- Geef bij voorkeur geen bètablokker bij een verhoogd risico op diabetes, zoals bij obesitas en bij verhoogde glucosewaarden.

**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.
- Combineer bij voorkeur geen bètablokker met thiazidediuretica (risico op DM) of ACE-remmer met ARB (risico op nierfalen).
- Bij toevoeging ACE-remmer/ARB en gelijktijdig gebruik van diuretica: halveer de startdosering of onderbreek eventuele behandeling met diuretica vanaf 2-3 dagen voor de start met de ACE-remmer/ARB en herstart na de instelfase.
- Overweeg een combinatiepreparaat, omdat dit de therapietrouw kan verhogen. Op basis van kosten gaat dan de voorkeur uit naar de volgende combinaties van een ACE-remmer/ARB met een thiazidediureticum: enalapril/hydrochloorthiazide 20/12,5 mg 1 dd, lisinopril/hydrochloorthiazide 20/12,5 mg 1 dd, telmisartan/hydrochloorthiazide 40/12,5 mg 1 dd, losartan/hydrochloorthiazide 50/12,5 mg 1 dd of valsartan/hydrochloorthiazide 80/12,5 1 dd.
- Evalueer na twee weken de bloeddruk en eventuele bijwerkingen. Heroverweeg bij onvoldoende effect secundaire oorzaken van verhoogde bloeddruk of wittejashypertensie.
- Indien de streefwaarde niet is bereikt: voeg een derde middel uit stap 1 toe. Combinatiepreparaten met drie antihypertensiva zijn relatief duur en worden daarom niet aanbevolen.

**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 vera- pamil 1 dd 240 mg of diltiazem 1 dd 400 mg.
  - - Diureticum (thiazide-): 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.
- Combinatiepreparaten: telmisartan/hydrochloorthiazide, losartan/hydrochloorthiazide en valsartan/hydrochloorthiazide zijn verkrijgbaar in verschillende sterktes.
- 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 naar de internist of cardioloog.

**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.

### Antistollingsbehandeling

Voor antistollingsbeleid wordt verwezen naar de specifieke richtlijnen (zie de NHG-Standaarden Angina pectoris, Atriumfibrilleren, Beroerte, Myocardinfarct, Perifeer vaatlijden).

### Follow-up

## Bijlage 4 Interventies en controles bij verhoogde risicofactoren

Risicofactor verhoogd	Interventie	Te gebruiken standaard/richtlijn	Meting	Controlefrequenties
LDL > 1,8/ 2,6	Statine  Leefstijladviezen/begeleiding	NHG Standaard CVRM  Richtlijnen gezonde voeding voedingscentrum	LDL CK* ALAT**	Na 1-3 mnd en vervolgens 3 maandelijks tot streefwaarde bereikt is.  Leefstijlbegeleiding: 3 maandelijks
SBD > 140	Bloeddrukverlager  Leefstijladviezen/begeleiding	NHG Standaard CVRM Richtlijnen gezonde voeding (voedingscentrum) zoutwijzer (Hartstichting)	RR Polsritme kreatinine*** e-GFR*** Kalium/ Natrium***	2-4 wekelijks tot streefwaarde is bereikt  Leefstijlbegeleiding: 3 maandelijks en bij elke RR controle
Gewicht	Leefstijladviezen/begeleiding	NHG Standaard CVRM Richtlijnen gezonde voeding (voedingscentrum)	BMI	minimaal 3 maandelijks
Bewegen	Leefstijladviezen/begeleiding	NHG Standaard CVRM Protocol leefstijlbegeleiding bewegen (protocollair CVRM)	Minuten per dag	minimaal 3 maandelijks
Stoppen met roken	Leefstijladviezen/begeleiding	Mediis protocol 'Stoppen met roken'		Individueel, zie Mediis protocol 'Stoppen met roken'

\* Alleen bij erfelijke spierafwijking in voorgeschiedenis of familiale anamnese of eerder spiertoxiciteit bij statines/fibraten.

\*\* Alleen bij bekende leverfunctiestoornis of alcoholgebruik.

\*\*\* Alleen bij diuretica en RAS remming voor start, 2 weken na start alleen indien eGFR <60 of Kalium <3,8 of > dan 4,5 als uitgangswaarde. Of bij een combinatie van RAS en diuretica.

## Bijlage 5 Verwijzing naar ketenpartners binnen de eerste lijn:

### Diëtist

Doelstelling behandeling diëtist:

- Optimaliseren van het lichaamsgewicht
- Verbeteren van de bloeddruk en het lipidenprofiel
- Ondersteunen bloeddrukverlagende medicatie
- Verbeteren van de voedingsgewoonten

Uitgangspunt is dat patiënten opgenomen in het protocol een dieetadvies door een diëtist ontvangen bij de volgende situaties:

#### *Bij hypercholesterolemie:*

- Patiënten met een voorafgaand hartinfarct of anderszins symptomatisch vaatlijden, waarbij nog niet eerder een dieetadvies is gegeven of waarbij een aanvullend advies noodzakelijk is
- Indien met een eerder gegeven advies van de POH onvoldoende resultaat is bereikt of waarbij een aanvullend advies noodzakelijk is.
- Na het stellen van de diagnose erfelijke hypercholesterolemie en/of hypertriglyceridemie, indien niet in behandeling van de 2<sup>e</sup> lijn.

#### *Bij overgewicht:*

- Indien er sprake is van een BMI van > 30 en een middelomtrek voor mannen > 102 cm en voor vrouwen > 88 cm
- Bij een jaarlijks toenemende BMI of middelomtrek  
En waarbij:
- De patiënt meer informatie nodig heeft, advies op maat nodig is en onvoldoende resultaat bereikt heeft met adviezen van de POH
- Er sprake is van bijzondere woon- en leefomstandigheden
- Er sprake is van andere voedingsproblemen zoals allergie of maag-darmklachten

#### *Bij hypertensie:*

- Indien de hypertensie geassocieerd is met een verhoogde zoutinname
- Bij nierinsufficiëntie

### Fysiotherapeut

Verwijs voor een gesuperviseerde looptraining naar een gespecialiseerde fysiotherapeut ([www.claudicationet.nl](http://www.claudicationet.nl))

## **POH-GGZ/ Psycholoog**

- 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.

### Verwijzing voor behandeling of controle van eerste naar de tweede lijn

1. Verwijzing voor **behandeling** van:

- (Mogelijk) nieuw cardiovasculair event
- Niet goed instelbare tensie
  - Verdenking secundaire hypertensie
  - Resistente hypertensie (TRH) (maximale medicamenteuze therapie gedurende > 3 maanden) bij:
    - Patiënten jonger dan 65 jaar;
    - Patiënten van 65 jaar en ouder met een SBD > 160 mmHg
- Ulcus bij perifere vaatlijden
- Bij onvoldoende bereiken van de streefwaarde LDL-cholesterol bij patiënten ≤ 70 jaar met een hoog geschat recidief kans op hart- en vaatziekten (zoals patiënten met uitgebreid c.q. progressief vaatlijden, patiënten met DM én een reeds bestaande hart- en vaatziekte, en patiënten ≤ 70 jaar met familiale hypercholesterolemie): overweeg verwijzing naar de internist of cardioloog voor eventuele toevoeging van humaan monoklonale antilichaam (PCSK9-antilichaam) injecties.
- Bij aanhoudend lage waarden van de eGFR (< 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) na start ACE-remmer, ARB of spironolacton: consulteer of verwijs naar een internist-nefroloog.

2. Verwijzing voor **controle** van:

- PAV na ingreep of progressief beeld: jaarlijks controles met duplex.
- Aneurysma met toename diameter of na plaatsen prothese of stent: jaarlijks controles met echo.
- Oogheelkunde: na vaatocclusie

Deze controles worden extra op indicatie verricht naast de standaard controles binnen het Zorgprogramma CVRM.

*Voorwaarden voor verwijzing:*

- Verwijsbrief met voorgeschiedenis en actueel en historisch medicatieoverzicht (wat is al geprobeerd en waarom gestaakt) met bijwerkingen, intoleranties en allergieën (bij voorkeur via Zorgdomein).
- Meezenden uitslagen 24-uurs RR-meting en/of thuismeting en/of ECG (liefst digitaal, uploadbaar).
- Indien patiënten in eerste en tweede lijn worden behandeld en/of gecontroleerd, houden huisarts en specialist elkaar op de hoogte van ontwikkelingen, met name medicatiewijzigingen. Er wordt naar een digitale oplossing hiervoor gezocht.

## Consultatie binnen de ketenzorg CVRM: e-consultatie

### *Indicaties voor consultatie:*

- Niet acute diagnostische dilemma's (op het gebied van CVRM die niet beschreven staan in de standaard) en patiënt hoeft niet door de specialist gezien te worden.
- Niet acute behandelingsdilemma's (op het gebied van CVRM die niet beschreven staan in de standaard) en patiënt hoeft niet door de specialist gezien te worden.

### *Voorwaarden voor consultatie:*

- Mogelijkheid tot communiceren via VIPlive.

### *Deelnemende specialismen:*

- Internist
- Cardioloog
- T.z.t
- Vaatchirurg
- Neuroloog
- CVA verpleegkundige

## Verwijzing vanuit de tweede lijn naar het Zorgprogramma CVRM

### *Indicaties voor verwijzing:*

- Stabiele cardiovasculaire situatie
  - Na een myocardinfarct:
    - 1 jaar na beperkt infarct
    - 2 jaar na groter infarct/minimale reststenose
- Na een beroerte
- Bij stabiel perifeer vaatlijden zonder operatie indicatie
- Bij geaccepteerd aneurysma oudere leeftijd, geen operatie indicatie (meer).

### *Voorwaarde voor verwijzing:*

Ontslagbrief (digitaal) binnen twee weken na ontslag met:

- Diagnose en medicatie bij ontslag en vermelding van beëindiging van controle specialist en verwijzing naar zorgprogramma CVRM
  - Stopdatum P2Y12 (1 jaar na myocardinfarct)
- Noodzakelijke extra of specifieke controle / behandeling binnen CVRM zorgprogramma:
  - Postmyocardinfarct: ECG op indicatie
  - Stabiel perifeer vaatlijden: jaarlijks Enkel/Arm index
- Vermelding van streefwaarden die afwijken van de standaard-streefwaarden in de richtlijn CVRM

Zo mogelijk vermelden aan patiënt dat deze binnen 3 maanden bij de huisarts verwacht wordt voor het zorgprogramma CVRM.



## Bijlage 7 Voorlichtingsonderwerpen

Kruis in onderstaande lijst aan over welke onderwerpen u **op dit moment** meer informatie zou willen krijgen. Neem deze lijst mee naar het spreekuur.

### Algemeen

- Wat zijn hart- en vaatziekten en hoe ontstaan ze?
- Wat betekent een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?
- Wat zijn risicofactoren voor hart- en vaatziekten?
- Hoe kan ik mijn risico op hart- en vaatziekten verlagen?
- Wat kan ik het beste (niet) eten om mijn risico op hart- en vaatziekten te verlagen?
- Waarom krijg ik medicijnen voorgeschreven?
- Waarom krijg ik geen medicijnen voorgeschreven?
- Waar kan ik betrouwbare informatie over een verhoogd risico op hart- en vaatziekten op papier of internet vinden?

### Hoge bloeddruk

- Wat is hoge bloeddruk?
- Hoe ontstaat hoge bloeddruk?
- Wat kunnen de gevolgen zijn van hoge bloeddruk?
- Waarom krijg ik medicijnen voor mijn hoge bloeddruk?
- Waarom krijg ik geen medicijnen voor mijn hoge bloeddruk?
- Wat kan ik doen om mijn bloeddruk te verlagen?
- Wat kan ik het beste (niet) eten voor mijn hoge bloeddruk?
- Waarom thuis mijn bloeddruk meten?
- Hoe meet ik thuis mijn bloeddruk?

### Cholesterol

- Wat is cholesterol?
- Hoe kan ik mijn cholesterol verlagen?
- Wat kan ik het beste eten als mijn cholesterol te hoog is?
- Wat zijn statines?
- Waarom krijg ik medicijnen voor mijn cholesterol?
- Waarom krijg ik geen medicijnen voor mijn cholesterol?

### Leefstijl (roken, beweging, voeding, gewicht)

- Wat wordt bedoeld met een gezonde leefstijl?
- Waarom is het zo belangrijk om te stoppen met roken?
- Hoe kan ik stoppen met roken?
- Waarom is het belangrijk om veel te bewegen?
- Hoe kan ik meer bewegen?
- Waarom is het zo belangrijk om gezond te eten?
- Wat kan ik het beste (niet) eten om mijn risico op hart- en vaatziekten te verlagen?
- Wat is het verband tussen te zwaar zijn en hart- en vaatziekten?
- Hoe kan ik afvallen?

©Nederlands Huisartsen Genootschap, februari 2013

Deze bijlage is overgenomen uit de uitgave Protocollair CVRM, editie 2013 van het Nederlands Huisartsen Genootschap en eventueel aangepast voor eigen gebruik. Het NHG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden.

**Controles en begeleiding**

- Wie is mijn aanspreekpunt voor vragen?
- Hoe kan ik de praktijk tussen mijn afspraken bereiken?
- Wie doet de controles?
- Wat wordt er tijdens een controle gedaan?
- Welke taak hebben de praktijkassistente, praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige en huisarts in de begeleiding?
- Welke hulpverleners zijn buiten de huisartspraktijk nog meer betrokken en wat doen zij?
- Waarom wordt er regelmatig bloed geprikt?
- Waarom wordt mijn bloeddruk gecontroleerd?

**Medicijnen**

- Wanneer moet ik de medicijnen innemen?
- Kan ik medicijnen krijgen voor het stoppen met roken?
- Wat zijn de mogelijke bijwerkingen van de medicijnen?

## **Bijlage 8      Protocol bloeddrukmeting**

<https://www.nhg.org/downloads/protocol-ambulante-bloeddrukmeting>

<https://www.nhg.org/downloads/protocol-thuisbloeddrukmeting>

[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/002protocol\\_bloeddruk\\_meten\\_feb13.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/002protocol_bloeddruk_meten_feb13.pdf)