

Behandelprotocol CVRM

Behandelprotocol CVRM	1
1. Inleiding.....	3
1.1 Doel.....	3
1.2 Patiëntengroep	3
1.3. Het behandelprotocol.....	5
2. Eerste consult.....	5
2.1 Het geven van uitleg aan de patiënt over het Zorgprogramma CVRM	5
2.2 Het opstellen van het risicoprofiel.....	6
*Kwetsbare ouderen boven 70 jaar geen absolute streefwaarde, eventueel alleen standaarddosering statine zonder streefwaarde.	7
2.3 Vervolgdiagnostiek.....	7
2.4 Medicatie check.....	7
2.5 Indeling in intensieve- of stabiele behandelfase Op basis van het risicoprofiel komt de patiënt terecht in de intensieve- of stabiele behandelfase:	7
2.6 Overleg.....	7
3. Tweede consult (e.v.t. combineren met 1 ^e consult).....	8
3.1 Bespreken risicoprofiel	8
3.2 Opstellen doelen patiënt en overige afspraken De POH stelt samen met de patiënt zijn doelen op.....	8
3.3 Zelfmanagementondersteuning	8
3.4 Starten van interventie(s) (alleen intensieve behandelfase).....	8
4. Vervolgconsulten	9
4.1 1. Stabiele fase.....	9
4.1.2 Jaarcontrole met laboratoriumbepalingen	9
4.2 Intensieve behandelfase	10
5. Verwijzingen en consultaties	10
5.1. Verwijzingen naar andere ketenpartners.....	11
5.2. E- Consultatie van een specialist/ kaderhuisarts/ CVA verpleegkundige.....	11
5.3. Verwijzingen en terug verwijzingen naar/vanuit de tweede lijn.....	11
Bijlage 1 Cardiovasculair risicoprofiel vaststellen.....	13
Bijlage 2 Vervolgdiagnostiek	15
Bijlage 5 Verwijzing naar ketenpartners binnen de eerste lijn:	18

1. Inleiding

1.1 Doel

Doel van dit behandelprotocol CVRM is om optimale CVRM zorg te verlenen aan patiënten met een verhoogd risico op (VVR)– of doorgemaakte hart- en vaat ziekte (HVZ), zodat manifestaties en complicaties van hart- en vaat ziekten gereduceerd worden. Alle afwegingen rond behandelingen worden in overleg met de patiënt gedaan, waarna zorgverlener en patiënt samen beslissen.

Dit protocol geeft richtlijnen voor het handelen van de huisarts, verpleegkundig specialist, POH en betrokken doktersassistent. 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, doktersassistenten en , fysiotherapeuten en diëtisten geldt dat zij contact opnemen met de huisarts als verantwoordelijke zorgverlener.

Op de website van het HMH portaal zijn veel documenten over CVRM-zorg in de huisartsenpraktijk te vinden.

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: Inclusie (ICPC)	Indien zij :	
<i>Hartvaatziekten (HVZ)</i> • Stabiele angina pectoris • Status na myocardinfarct • Andere chronische Ischemische hartziekten • Coronairsclerose • Vroeger myocardinfarct • Status na transient ischemic attack (TIA)	• K74 • K75 • K76 • K76.1 • K76.2 • K89.1 • K90.3	• Zijn overgedragen uit de tweede lijn • Meer dan anderhalf jaar niet meer op controle van een specialist zijn geweest • Nooit of lang geleden in de tweede lijn onder controle zijn geweest

• Status na cerebrovasculair accident (CVA) • Status na intercerebrale bloeding* • Perifeer arterieel vaatlijden (claudicatio intermittens) • Aneurysma aortae	• K90.02 • K92.1 • K99.1	
HVZ Exclusie		
• Diabetes Mellitus type 2 (ICPC T90.02), indien zij in de DBC diabetes zijn opgenomen. • Patiënten die alleen hypertensie en/of een te hoog cholesterol hebben • Patiënten met HVZ die in de tweede lijn onder controle blijven		

- 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 bloedverdunners.

VVR Inclusie
Vasculair verhoogd risico (VVR) waaronder: • Patiënten met aangetoond FH • Hypertensie >180 mmHg • Hypertensie met antihypertensiva (o.b.v. verhoogd risico) • Hypercholesterolemie met statine (o.b.v. verhoogd risico) • Ernstige of matige chronische nierschade • Berekend tienjaarsrisico op HVZ (fataal en niet fataal) met SCORE Zie bestand op corpio overzicht opstarten met de VVR, klik hier.
VVR Exclusie
• Diabetes Mellitus type 2 (indien zij in het zorgprogramma Diabetes zijn opgenomen) • Patiënten met HVZ • Patiënten met nierfunctiestoornissen die in de tweede lijn onder behandeling zijn van de nefroloog/internist • Berekend 10 jaarsrisico op HVZ met SCORE2: groen*

*De afkapwaarde in % is leeftijdsafhankelijk

No-show van patiënten

Het kan voorkomen dat patiënten herhaaldelijk niet komen opdagen op een afspraak. We spreken dan van “no-show”. Op het HMMH-portaal kunt u meer informatie vinden over het beleid met betrekking tot “no-show” onder de documenten voor chronische zorg. [Klik hier](#) voor verdere details.

1.3. Het behandelprotocol

2. Eerste consult

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
- protocollen invullen
- het eventueel starten van medicamenteuze interventie
- doelen patiënt opstellen

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

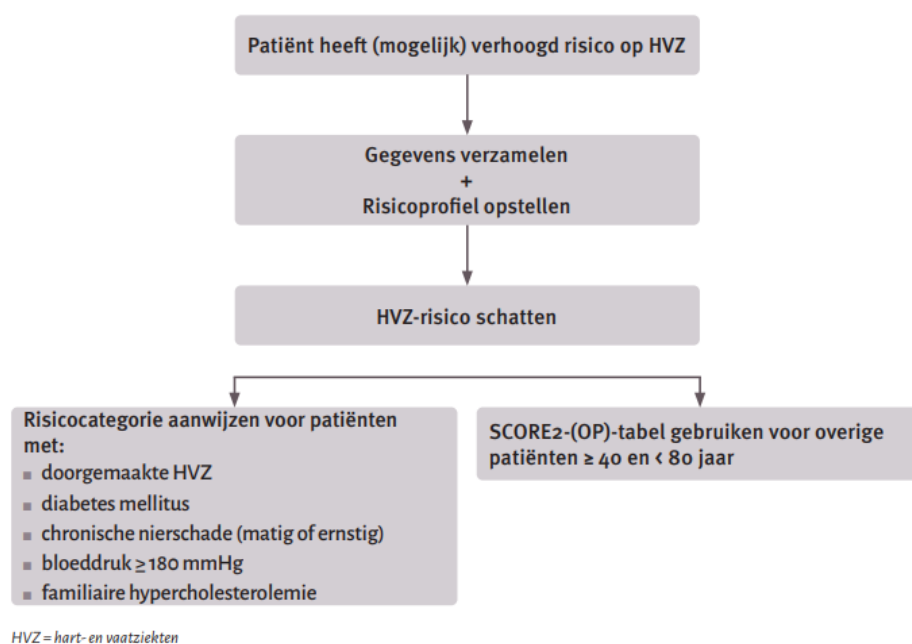
Aan de patiënt wordt uitgelegd dat hij/zij een verhoogd risico op een (nieuwe) hart- vaatziekte heeft. Doel van het CVRM spreekuur is om de patiënt te ondersteunen om dit risico te verlagen. Alle risicofactoren die van belang zijn worden in kaart gebracht.

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. Laat de patiënt de specialist informeren over de deelname aan het zorgprogramma CVRM, dit betekent ook dat de patiënt in de meeste gevallen niet meer onder controle van de specialist zal zijn. In enkele gevallen kan de patiënt onder behandeling van de specialist blijven, zie hiervoor het overzicht met uitzonderingen, [klik hier](#).

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	Lichamelijke activiteit	BMI evt middelomtrek
Voorgeschiedenis HVZ	Voeding	Bloeddruk
Familiaire belasting HVZ	Roken	Cholesterol: TC; LDL; TG; non-HDL
	Psychosociale risicofactoren	Glucose bij voorkeur nuchter
	Alcohol gebruik	Nierfunctie (eGFR). Albumine-creatinineratio in urine.

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

Om het risicoprofiel op te stellen kun je de risico tabel in de [NHG standaard](#) gebruiken, hierin kun je zien dat wat het 10 jaars risico is op HVZ + sterfte, hiernaast kun je gebruik maken van [U-Prevent](#), dit is een life time risico berekening.

Geen risicoprofiel, wel periodieke screening

Na een doorgemaakte zwangerschapshypertensie of diabetes gravidarum hoeft geen risicoprofiel opgesteld te worden. Wel is periodieke screening van de bloeddruk en glucose noodzakelijk. Hiervoor is een jaarlijkse meting voldoende gedurende 5 jaar, daarna elke 3 jaar (tenzij het risico dicht bij een behandelgrens ligt) gedurende 20-30 jaar.

Indien bij deze periodieke screening een verhoogde bloeddruk wordt geconstateerd, wordt het risicoprofiel en beleid opgesteld volgens de NHG standaard CVRM.

Bij een verhoogde glucose wordt beleid opgesteld volgens de NHG standaard DM.

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 / vaperen	niet / gestaakt (meeroken vermijden)
Lichamelijke activiteit	Beweegadvies conform de adviezen van de Gezondheidsraad. Minstens 150 min per week matig intensieve inspanning (bijv. wandelen/ fietsen)
BMI	BMI 20-25
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 met HVZ)* <2,6 (<70 jaar met VVR en vitale ouderen))*

*Kwetsbare ouderen boven 70 jaar geen absolute streefwaarde, eventueel alleen standaarddosering statine zonder streefwaarde.

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 behandelfase

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

Intensieve behandelfase: één of meerdere risicofactoren zijn verhoogd (zie streefwaarden Tabel 3) en/of geïndiceerde medicatie ontbreekt (zie [Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#)).

Stabiele behandelfase: 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 behandelfase wordt met de huisarts besproken en hoofdpunten van het zorgplan worden afgestemd.

3. Tweede consult (e.v.t. combineren met 1^e consult)

In het tweede consult komen de volgende punten aan bod:

- Bespreken van het risicoprofiel en eventuele diagnoses
- Protocollen invullen en samen met de patiënt zijn doelen bepalen.
- Zelfmanagement ondersteuning
- Het starten van één of meerdere interventies (intensieve behandelfase)

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 doelen patiënt en overige afspraken

De POH stelt samen met de patiënt zijn doelen op.

Een individueel zorgplan omvat de volgende elementen:

- 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.

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 jaarlijkse controles geïndiceerd, deze patiënten hoeven niet fysiek gezien te worden en kan dit via thuismeting en aanvullende vragenlijsten. Meer informatie over zelf meting, [klik hier](#).

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).

4.1.2 Jaarcontrole met laboratoriumbepalingen

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, non HDL ,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 bij jaar bij de POH. Zijn risicofactoren niet onder controle en is interventie noodzakelijk en gewenst dan gaat de patiënt naar de intensieve behandel fase.

4.2 Intensieve behandelfase

Patiënt wordt intensief begeleid, het aantal controles wordt samen met de patiënt bepaald op basis van instabiliteit en wens van de patiënt.

Doel intensieve behandelfase:

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

4.2.1 Jaarcontrole met laboratoriumbepalingen

Zie jaarcontrole stabiele fase.

4.2.2. Tussentijdse controles

Afhankelijk van de verhoogde risicofactoren, medicamenteuze interventies en de afspraken die gelden binnen de praktijk wordt de patiënt gecontroleerd.

- Klachten, gezondheidsbeleving, ervaring met leefstijlaanpassing, therapietrouw medicatie, bijwerkingen medicatie zo nodig bespreken.
- 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/ kaderhuisarts/ CVA verpleegkundige

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 terug verwijzingen 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 4* naar de eerste lijn overgedragen.

Bijlagen behandelprotocol CVRM

- Bijlage 1 Cardiovasculair risicoprofiel vaststellen
- Bijlage 2 Vervolgdiagnostiek
- Bijlage 3 Verwijzing naar ketenpartners binnen de eerste lijn
- Bijlage 4 Naar de eerste lijn overdragen

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 $\text{gewicht (kg)/lengte (m)}^2$.

Metten buikomvang: hartstichting/ meten-middelomvang <https://www.hartstichting.nl/gezond-leven/bmi/buikomvang>

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 [Bloeddrukmeting | NHG-Richtlijnen](#)

8. Cholesterolgehalte

U bepaalt het lipidenspectrum, dat bestaat uit het totaalcholesterol, non HDL, HDL- en LDL-cholesterol en triglyceriden. Bij de bepaling hoeft de patiënt niet nuchter te zijn.

9. Bloedglucosegehalte

Het bloedglucose wordt in het jaarlijks lab bepaald, bij afwijkende waard zie NHG richtlijn diagnostiek [Diabetes mellitus type 2 | NHG-Richtlijnen](#)

10. Serumkreatinine, nierfunctie en albumine-creatinineratio in urine.

U laat bij alle patiënten het serumkreatininegehalte (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 vervolgdiagnostiek aangevraagd:

Gestoorde bloedglucose

Zie NHG standaard Diabetes Mellitus [Diabetes mellitus type 2 | NHG-Richtlijnen](#)

Verhoogde bloeddruk

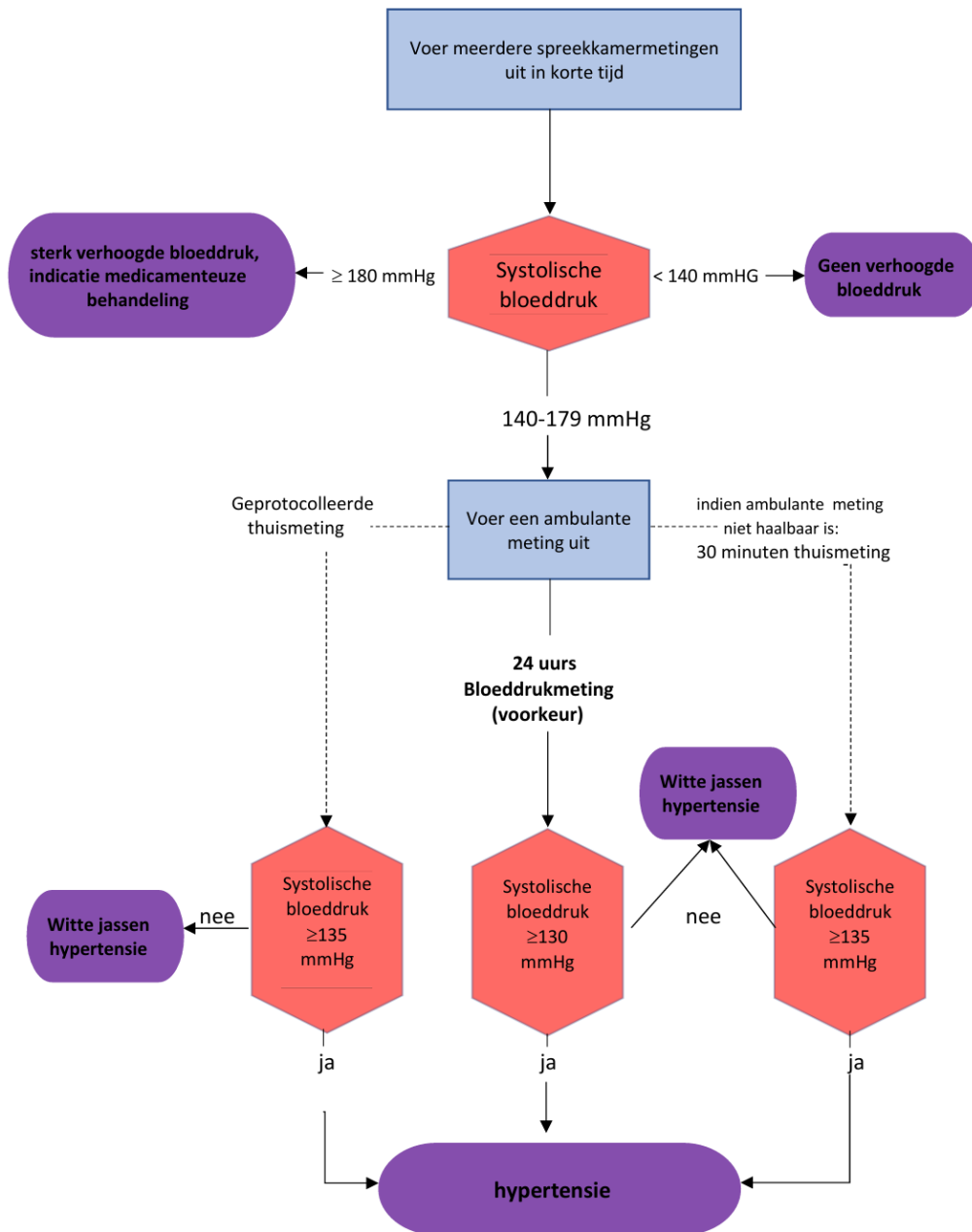
Evalueer de bloeddruk door middel van meerdere spreekkamermetingen. Gebruik bij een behandelindicatie ook een ambulante meting (zie stroomschema)

De score 2 gaat uit van spreekkamermeting. Indien deze niet aanwezig is dan +10 of +5

Schatting corresponderende bloeddrukwaarden	
Spreekkamermeting	140 mmHg
24-uursbloeddrukmeting	130 mmHg
Geprotocolleerde thuismeting	135 mmHg
30-minutenmeting	135 mmHg*

*Schatting: de 30-minutenmeting is minder goed onderzocht

Bloeddruk meten



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

- Op indicatie bij diagnostiek bij verdenking perifere vaatlijden.

Bijlage 3 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^e 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
- Indien de hypertensie is geassocieerd met overgewicht

Bij therapieresistente hypertensie en/of gebruik van een RAS-remmer, aangezien deze minder effectief zijn bij hoge zoutinname

Bij nierinsufficiëntie:

- Indien patient niet in de tweede lijn wordt behandeld ivm nierinsufficiëntie

Prima training CVRM

PRISMA staat voor PRO-actieve Interdisciplinaire Self-Management en is een groepseducatieprogramma speciaal ontwikkeld voor mensen met leefstijlgerelateerde ziekten of verhoogde kans daarop zoals (risico op) hart- en vaatziekten.

De mogelijkheid is om een cursus in de praktijk te organiseren of een patient deel te laten nemen in een cursus die elders georganiseerd wordt. Verdere informatie kun je op ons HMH portaal vinden:

<https://huisartsenzorggmh.corpio.nl/documents/list?categoryId=12298>

Fysiotherapeut

Verwijs voor een gesuperviseerde looptraining naar een gespecialiseerde fysiotherapeut (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 m²) 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:

- Kaderhuisarts HVZ
- Internist
- Cardioloog
- 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
- Vermelding van streefwaarden die afwijken van de standaard-streefwaarden in de richtlijn CVRM

Patiënten met kleplijden, ritmestoornissen (ook atriumfibrilleren) en een pacemaker / ICD kunnen voor deze aandoeningen bij de cardioloog onder controle blijven, maar voor CVRM zorg na een infarct naar de huisarts verwezen worden. Zie hiervoor ook het [document](#) hoofdbehandelaar specialist of huisarts.

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