

**Zorgprogramma CVRM Ketenzorg West-Friesland,
Versie mei 2022**

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE.....	2
1. INLEIDING	4
1.1 Feiten en cijfers	4
1.2 Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) en Ketenzorg West-Friesland (KZWF)	4
2. CVRM KETENZORG	5
2.1 Begrippen CVRM	5
2.2 Doelstelling van het zorgprogramma CVRM	5
2.3 Twee doelgroepen.....	5
2.4 Inclusie- en exclusiecriteria	5
3. PERSOONSGERICHTE ZORG	8
3.1 Zelfmanagement	8
3.2 Individueel Zorgplan.....	8
4.1 OPBOUW ZORGPROGRAMMA	9
4.1 Inleiding.....	9
4.2 Risicoprofilering, <i>niet in het zorgprogramma</i>	10
4.3 Diagnostische fase, <i>niet in het zorgprogramma</i>	11
4.4 Scharnierconsult.....	14
4.5 Intensieve behandel fase:	15
4.6 stabiele behandel fase	17
5. VERWIJZING EN CONSULTATIE IN DE KETEN.....	19
5.1 Samenwerkingspartners in het zorgprogramma.....	19
5.2 Consultatie kaderhuisarts hart- en vaatziekten	19
5.3 Verwijscriteria specialist.....	19
5.4 Regionale transmurale samenwerkingsafspraken (RTA's).....	20
5.5 verwijzing diëtist	21
5.6 Verwijzing gespecialiseerd verpleegkundige neurologie Omring	21
5.7 Ondersteuning door de fysiotherapeut bij perifere Arterieel Vaatlijden	21
6. THERAPIE, (BE)HANDELINGEN EN INTERVENTIES	22
6.1 Leefstijl-advisering.....	22
6.1.1 Beweegadvies.....	22
6.1.2 Advies stoppen met roken	23
6.1.3 Voedingsadvies.....	25
6.1.4 Alcoholadvies	27
6.2 Medicamenteuze behandeling:.....	29
6.2.1 Richtlijn risicoprofilering, 2020	29

6.2.2 Richtlijn verhoogde bloeddruk, 2020	29
6.2.3 Richtlijn verhoogd LDL, 2020.....	29
6.2.4 Richtlijn Chronische nierschade, 2019	29
6.2.5 Richtlijn glykemische instelling diabetes mellitus type 2, 2019	29
7. ORGANISATIE EN TAAKVERDELING	30
7.1 Taakverdeling in de praktijk	30
7.2 Voorwaarden voor deelname CVRM-keten	30
7.3.Aanmaken van verrichtingen	30
7.4 Informeren en toestemming patiënt	31
7.5 Oproepsysteem en no-show beleid	31
7.6 registratie in HIS en ketenportaal	32
7.7 Indicatoren voor evaluatie en monitoring	32
7.8 Verantwoordelijkheden KZWF	32
11.2 Scholingen	33
8.Bronvermelding.....	33
Bijlage 1. Risicoschatting met behulp van risicotabel	34
Bijlage 2. Stroomdiagram bloeddrukmeten	36
Bijlage 3. Zorgmodule voeding	37
Bijlage 4. Afspraken cardiologie Dijklanderziekenhuis en Ketenzorg West-Friesland	38
Bijlage 5. Afspraken neurologie Dijklanderziekenhuis, Omring en Ketenzorg West-Friesland	40
Bijlage 6. Afspraken vaatchirurgie Dijklanderziekenhuis en Ketenzorg West-Friesland	43
Bijlage 7. No showbeleid	45
Bijlage 8. Minimale registratieset CVRM consult 2020	46

wijziging	wanneer	waar
Volledig herzien n.a.v. NHG 2019	2020	
Registratieset gewijzigd	per april 2022	Pg. 46
Inclusie criteria gewijzigd	per 1 oktober 2022	Pg. 5

1. INLEIDING

In dit document is de inhoud van het zorgprogramma Hart- en vaatziekten (HVZ) en Verhoogd vasculair risico (VVR) van ketenzorg West-Friesland (KZWF) vastgelegd. In de regio West-Friesland heeft de huisarts de centrale rol bij de opsporing en adequate behandeling van cardiovasculaire risicofactoren en ziekten. Samen met de Praktijkondersteuner Somatiek (POH-S) en de praktijkassistente coördineren en leveren zij de zorg voor een grote groep patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. Essentieel is hierbij de samenwerking en afstemming met andere zorgprofessionals zoals (ketenzorg)diëtisten en specialisten vanuit de tweede lijn.

1.1 Feiten en cijfers¹

- In de periode 1980-2017 is het sterftecijfer in Nederland voor HVZ bij mannen met 70% gedaald en bij vrouwen met 61% gedaald.
- In 2017 zijn 38.119 mensen overleden aan HVZ. Dit zijn gemiddeld 106 mensen per dag.
- Sterfte aan hart- en vaatziekten is in Nederland laag vergeleken met andere Europese Unie -landen. Nederland behoort samen met Denemarken, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en Spanje tot groep met de laagste sterftecijfers.²
- In 2040 zijn kanker, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen de diagnosegroepen die de meeste ziektelast veroorzaken.

De zorguitgaven aan hart- en vaatziekten stijgen van bijna 12 miljard in 2015 naar ruim 27 miljard in 2040. Als de Nederlandse bevolking gezonder zou gaan leven dan kan er een flinke gezondheidswinst geboekt worden. De toename door groei en vergrijzing kan daarmee afgeremd worden. Hypertensie is de meest prevalentie risicofactor in de eerste lijn. Ook in de huisartsenpraktijk valt nog veel gezondheidswinst te behalen als meer patiënten met een hart - of vaatziekte en met diabetes mellitus de streefwaarden voor bloeddruk, LDL-cholesterol, roken en overgewicht behalen.

1.2 Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) en Ketenzorg West-Friesland (KZWF)

De WFHO en KZWF hebben de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- De huisarts is hoofdbehandelaar en voert de regie bij de individuele patiëntenzorg (WFHO).
- KZWF faciliteert en ondersteunt de huisartsenpraktijken bij het verlenen van deze zorg.
- De huisartsenzorg en de ketenzorg is afgestemd op de zorgbehoefte en mogelijkheden van de patiënt.
- KZWF geeft ondersteuning van de huisartsenpraktijken op de resultaatgebieden; patiëntenzorg, educatie en voorlichting, advies en informatie, beleidsontwikkeling, innovatie en kwaliteit.
- Goede samenwerking binnen de keten is essentieel om de integrale zorg en continuïteit te waarborgen.
- Registratie en metingen geven inzicht in de werkprocessen en de verleende zorg en zorgen voor de nodige transparantie voor de verbeterplannen.
- KZWF faciliteert wetenschappelijk onderzoek op het terrein van diabetes en diabetes gerelateerde aandoeningen en overige ketenzorg.

¹ Bron: Hartstichting, Hart- en vaatziekten in Nederland 2018

² <https://www.vtv2018.nl/over-deze-vtv>

2. CVRM KETENZORG

2.1 Begrippen CVRM

CVRM: Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) staat voor identificatie, diagnostiek, individuele behandeling en follow-up van patiënten met een verhoogd risico op ziekte of sterfte door HVZ.

HVZ: door atherotrombotische processen veroorzaakte hart- en vaatziekten met klinische manifestaties.

VVR: patiënten met Verhoogd Vasculair Risico (VVR) hebben een verhoogde kans ($\geq 20\%$) om binnen 10 jaar een HVZ te ontwikkelen of een hoog/zeer hoog tienjaarssterfterisico als gevolg van hart- en vaatziekten ($\geq 5\%$) Dit zijn patiënten zonder HVZ in de voorgeschiedenis

2.2 Doelstelling van het zorgprogramma CVRM

Het zorgprogramma CVRM heeft als doel het realiseren van de best mogelijke eerstelijnszorg voor patiënten met HVZ & VVR. De systematische, gestructureerde en multidisciplinaire zorgverlening richt zich op preventie van hart- en vaatziekten ten gevolge van atherosclerose, in primaire of secundaire zin. Belangrijk hierbij is dat patiënten, die willen en kunnen, een actieve rol nemen in hun eigen zorgproces. Centraal staat de zorgverlening in de eerste lijn, met een nadrukkelijke aansluiting en goede afstemming met de tweede lijn.

2.3 Twee doelgroepen

De zorggroep richt zich op de patiënten onder behandeling van de huisarts met het hoogste risico op ziekte of sterfte door HVZ, de groep met een doorgemaakt HVZ en de groep zonder doorgemaakte HVZ, met een risico dat gelijk of groter is aan 20%/tienjaarssterfterisico $\geq 5\%$. Het effect van een interventie, leefstijladviezen of medicijnen, is groter naarmate het absolute risico hoger is.

2.4 Inclusie- en exclusiecriteria³

De inclusie- en exclusiecriteria voor deelname aan ketenzorgprogramma's zijn gebaseerd op de "Handleiding inclusie en exclusie van patiënten in een ketenzorgprogramma" (Ineen dec. 2019)

Aandoening specifieke inclusie- en exclusiecriteria

[Aanpassing inclusiecriteria CVRM per 1 oktober 2022](#)

Aanleiding om de inclusiecriteria aan te passen zijn:

- de NHG standaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM 2019) met verandering van indeling in primaire (VVR) en secundaire preventie (HVZ) naar laag/matig risico, hoog risico (HR) en zeer hoog risico (ZHR) op hart- en vaatziekten.
- project hartfalen in samenwerking met het Dijklanderziekenhuis. Patiënten, kunnen na dossieronderzoek, per 1 oktober geïncludeerd worden. Kick-off staat gepland op 30 augustus
Blauw: wijzigingen per 1 oktober 2022!

Tabel 2.1: inclusiecriteria en exclusiecriteria bij CVRM hoog en zeer hoog risico

CVRM hoog risico <i>Maximale inclusie percentage: 3,5%</i>	Inclusiecriteria ≥ 18 jaar en minimaal één van de onderstaande criteria <ul style="list-style-type: none">• Indicatie voor medicamenteuze behandeling (CO2, CO3, CO7, CO8 en/of CO9) bij hypertensie (K86, K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T93) volgens de NHG-standaard CVRM volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement.• Matige chronische nierschade (U99.01) volgens Behandelrichtlijn CNS
	Exclusiecriteria Een doorgemaakt event zoals beschreven bij secundaire preventie Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïncludeerd

³ Ineen, Handleiding voor inclusie en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma (7 juli 2016)

CVRM zeer hoog risico	<p>Inclusiecriteria</p> <p>≥18 jaar EN minimaal één van de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • K74 angina pectoris • K75 acuut myocardinfarct • K76 andere/chronische ischemische hartziekte • K76.01 coronairsclerose • K76.02 myocardinfarct (>4 weken geleden) • K78 Atriumfibrilleren • K89 Retinalis trombose (zien we als TIA) • K89 passagère ischemie/TIA • K90.02 intracerebrale bloeding • K90.03 cerebraal infarct • K91 atherosclerose • K92.01 perifere arterieel vaatlijden • K 99.01 aneurysma aorta • K78 Atriumfibrilleren • K77.03 HFpEF, hartfalen met een behouden linkerventrieklejectiefractie • K77.04 HFmrEF en HFrEF, hartfalen met een matige of verminderde U990.1 Ernstige chronische nierschade (U99.01) volgens Behandelrichtlijn CNS
	<p>Exclusiecriteria</p> <p>Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïnccludeerd</p>

Hoofdbehandelaar van de patiënt

Alleen patiënten waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen worden opgenomen in het zorgprogramma. Als een medisch specialist na verwijzing voor één van de ketenzorgaandoeningen de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd. Terug verwijzing naar en overdracht van het hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist naar de huisarts is ook mogelijk, waarbij de patiënt weer kan deelnemen aan het zorgprogramma.

Bij medisch specialistische consultatie als onderdeel van het zorgprogramma blijft de patiënt in het zorgprogramma met de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit geldt ook voor kortdurende opnames in het ziekenhuis waarbij een medisch specialist in consult wordt geroepen. Als daarbij het hoofdbehandelaarschap niet wordt overgedragen aan de medisch specialist, blijft de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis in het zorgprogramma. Als de huisarts van de specialist bericht ontvangt dat de specialist het hoofdbehandelaarschap overneemt dan zal de huisarts het ketenzorgprogramma voor de betreffende patiënt beëindigen. Belangrijk hierbij is dat de specialist duidelijk naar huisarts communiceert dat hoofdbehandelaarschap wordt overgenomen.

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is, maar die op grond van exclusie criteria niet (meer) deelnemen in het zorgprogramma krijgen de NHG labcode 'deelname ketenzorg: nee' (of het label 'geen programmatische zorg'). De status kan worden gewijzigd op het moment waarop de patiënt opnieuw start met het ketenzorgprogramma.

Generieke exclusiecriteria voor geen programmatische zorg

Er zijn verschillende redenen denkbaar waarvan huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om geen gebruik (meer) te maken van een zorgprogramma.

Deze exclusiecriteria die leiden tot geen programmatische zorg.

Op verzoek patiënt:

Persoonlijke omstandigheden; bijvoorbeeld beperkte levensverwachting, ernstige vormen van comorbiditeit.

Op initiatief huisarts:

Langdurige stabilisering van de gezondheidssituatie van de patiënt met een afgenomen ziektelast.

No show:

Patiënten die herhaaldelijk niet verschijnen op de afgesproken controle afspraken.

Maximale inclusiepercentage VVR

In 2022-2023 is het maximale inclusiepercentage voor VVR 3,5% per huisartspraktijk

Relatie tot andere ketens

CVRM-DM

Het kan voorkomen dat patiënten die in aanmerking komen voor het Zorgprogramma CVRM ook Diabetes Mellitus Type 2 hebben of ontwikkelen. Deze patiënten worden aangemeld bij het Zorgprogramma DM2.

CVRM-COPD

Patiënten met een dubbeldiagnose van CVRM en COPD hoeven niet afgemeld te worden. Zij kunnen in beide Zorgprogramma's zorg ontvangen.

CVRM-AF

Patiënten met AF worden in de HVZ keten geïnccludeerd.

Patiënten in de DM keten ontvangen de zorg in de DM keten

CVRM-HF, per 1 oktober 2022!

Patiënten met HF worden in de HVZ keten geïnccludeerd.

Patiënten in de DM keten ontvangen de zorg in de DM keten.

3. PERSOONSGERICHTE ZORG

3.1 Zelfmanagement

In 2017 is gestart met het trainingsprogramma “Persoonsgerichte zorg en Individueel Zorgplan” voor diabetesverpleegkundigen, diëtisten, huisartsen, praktijkondersteuners en podotherapeuten.

Zelfmanagement betekent dat je doet wat nodig is voor je chronische aandoening terwijl je een ‘gewoon’ en prettig leven probeert te leiden en begint met het stellen van persoonlijke en haalbare doelen. Persoonlijke en haalbare doelen stellen betekent dat de zorgverlener degene met die chronische aandoening daarin ondersteunt. Dat werkt alleen als de zorgverlener zich goed oriënteert op de wensen, verwachtingen, doelen, motivatie en vaardigheden van degene met de chronische aandoening. Het individueel zorgplan (IZP) en zelfmanagementtools zijn daarbij ondersteunend.

Naast de manier waarop zorgverleners met de patiënt communiceren zodat deze eigen keuzes kan maken, is het van belang mensen optimaal te informeren over de best mogelijke behandeling en de risico's die de ziekte met zich meebrengt.

3.2 Individueel Zorgplan

Een individueel zorgplan (IZP) is een dynamische set van afspraken van het individu en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement die de zorgverlener de mogelijkheid bieden om samen met de patiënt aan zijn gezondheid te werken. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van het individu. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Dit vormt de kern van het proces van individuele zorgplanning.

Patiënten nemen hierdoor de mede verantwoordelijkheid voor hun behandeling.

De patiënt ontvangt uitleg over de:

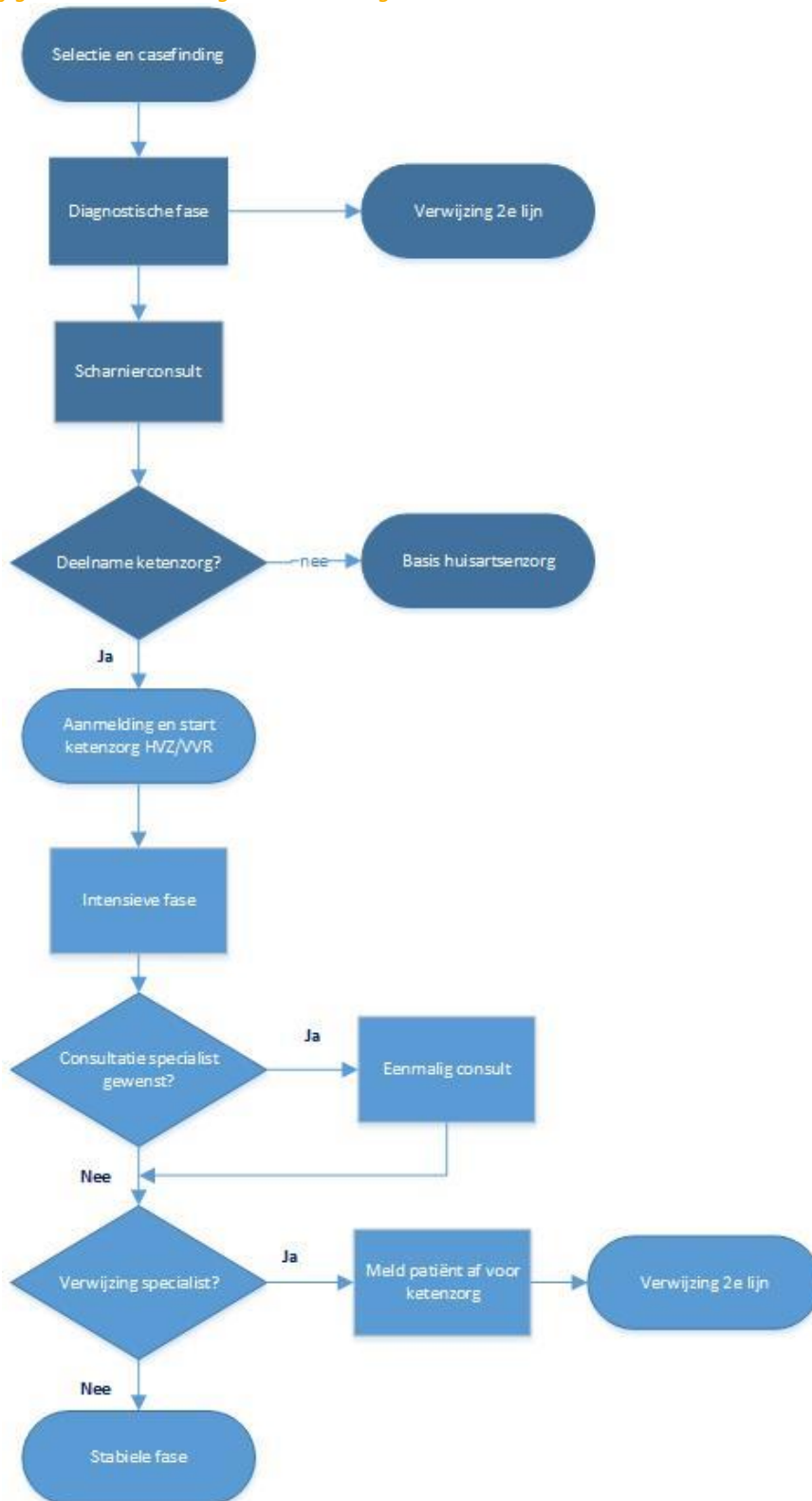
- De aard van de ziekte.
- Frequentie periodieke controles (op maat).
- De mogelijke behandelingen.

4.1 OPBOUW ZORGPROGRAMMA

4.1 Inleiding

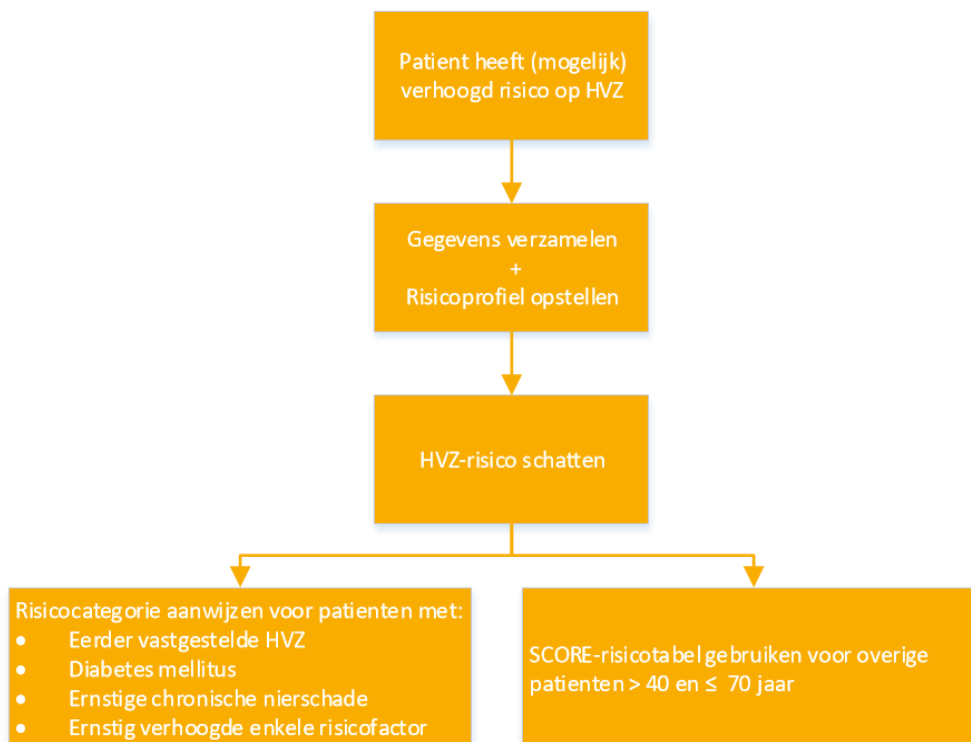
In onderstaande figuur wordt de route die de patiënt kan doorlopen overzichtelijk weergegeven. De onderdelen hiervan zullen in de volgende paragrafen worden toegelicht.

figuur 4.1: stroomdiagram CVRM zorg



4.2 Risicoprofilering, niet in het zorgprogramma

Figuur 4.2 risicoprofilering



Stel een cardiovasculair risicoprofiel op bij patiënten met:

- Eerder vastgestelde hart- en vaatziekten;
- Diabetes mellitus (m.u.v. jongeren met DM1 zonder klassieke risicofactoren)
- Chronische nierschade (eGFR <60 ml/min/1,73 m² en/of albumine-creatinineratio ≥ 3 mg/mmol);
- Belaste familieanamnese voor premature hart- en vaatziekten (eerstegraads mannelijk familielid ≤55 jaar, eerstegraads vrouwelijk familielid ≤65 jaar);
- Verdening erfelijke dyslipidemie (zie het NHG-standpunt Familiaire hypercholesterolemie);
- Bekende aanwezige risicofactoren zoals roken, obesitas (≥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 (≤ 70 jaar: BMI ≥ 25 kg/m², > 70 jaar: BMI ≥ 28 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.

Herhaal de schatting van het risico op hart- en vaatziekten, bijvoorbeeld elke 5 jaar of vaker indien het geschatte risico dichtbij de behandelgrens ligt.

4.3 Diagnostische fase, niet in het zorgprogramma

Doel:

- Een overzicht krijgen van het risico op hart- en vaatziekten en de factoren die er bij deze patiënt aan bijdragen door het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel.
- Nagaan of er nadere diagnostiek moet worden verricht naar risicofactoren of bijkomende aandoeningen (hypertensie, diabetes mellitus, familiale hypercholesterolemie, chronische nierschade).

Tabel 4.3 opstellen cardiovasculair risicoprofiel

Onderwerp	Actie	Wie
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Roken, voeding (in het bijzonder zout en verzadigde vetzuren), alcoholgebruik en lichamelijke activiteit • 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 (ca 5-15%) van een verhoogde bloeddruk: zout, drop, alcohol, NSAID's, orale anticonceptiva, drugs (amfetamine, cocaïne), slaapapneusyndroom 	HA/POH
Lichamelijk onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Pols: frequentie en regelmaat • Bloeddruk: gebruik voor de risicoschatting meerdere spreekkamermetingen. Verricht bij een mogelijke behandelindicatie ook een ambulante meting om wittejashypertensie uit te sluiten. <i>Stroomdiagram bloeddrukmeten bijlage 2.</i> • BMI (eventueel aangevuld met middelomtrek). 	HA/POH
Aanvullend onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Bepaal voor de risicoschatting: niet nuchter lipidenprofiel (LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, totaal cholesterol, triglyceriden), glucose, kreatinine/eGFR, albumine-kreatinineratio. 	HA/POH
Evaluatie & Risicoschatting	<ul style="list-style-type: none"> • Bepaal de risicocategorie waarin de patiënt valt: zeer hoog, hoog of laag tot matig verhoogd risico (figuur 4.3). Dit zijn patiënten met: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eerder vastgestelde hart- en vaatziekten; ○ DM; ○ Chronische nierschade; <ul style="list-style-type: none"> ▪ eGFR < 45 ml/min, ▪ ACR > 30 mg/mmol, ▪ eGFR <60 ml/min én ACR >3 mg/mmol ○ een ernstig verhoogde enkele risicofactor (bloeddruk \geq180 mmHg of Totaal Cholesterol >8 mmol/l ○ tienjaarsrisico op HVZ met SCORE \geq 5% • Bij patiënten jonger dan veertig jaar kan voor de schatting van het risico op hart- en vaatziekten worden gebruikgemaakt van een relatieve risicotabel, tabel 4.2 	HA/POH

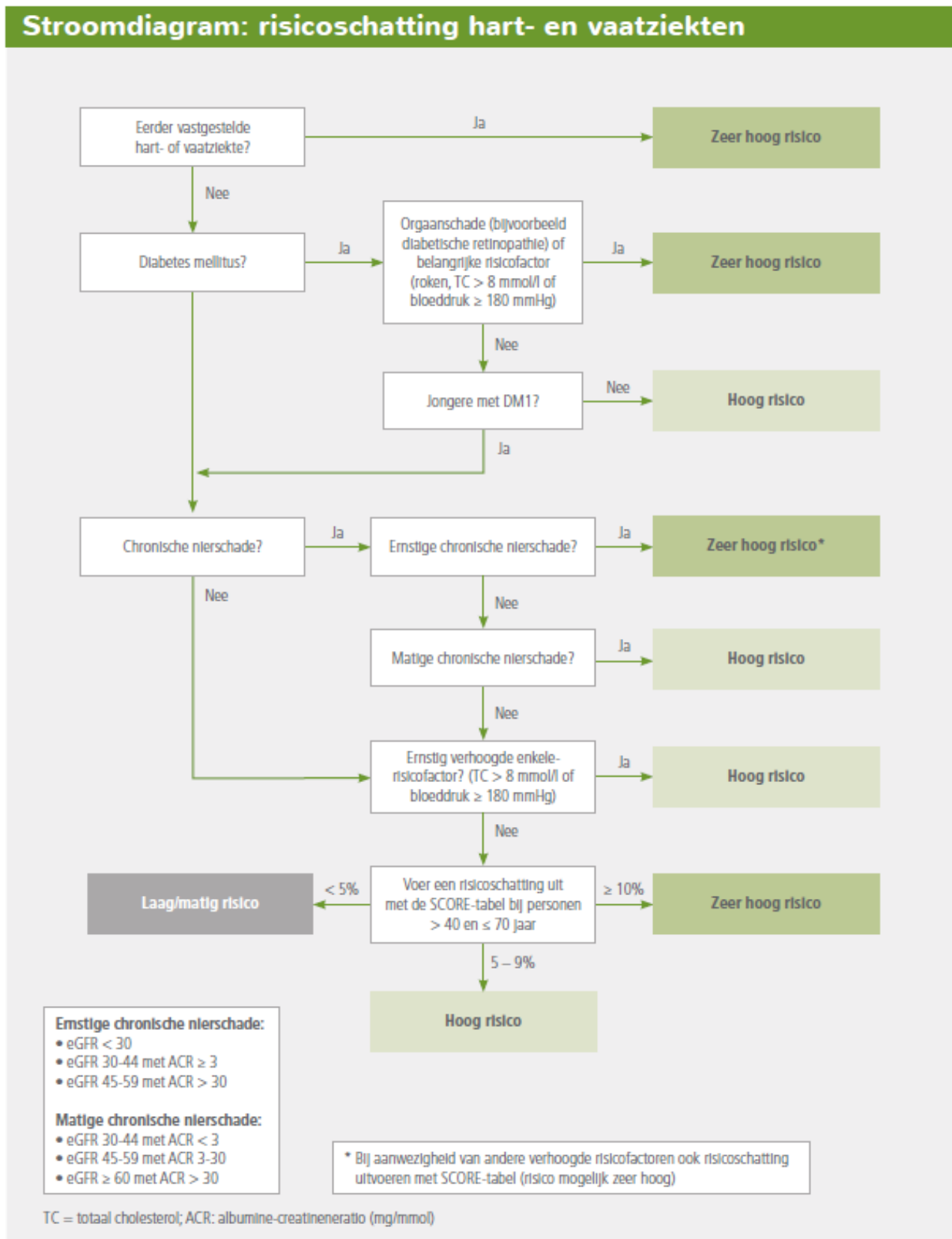
	<ul style="list-style-type: none"> • Schat bij de overige patiënten > 40 en ≤ 70 jaar het tienjaars berekend sterfterisico op hart- en vaatziekten met de SCORE-tabel. Vermenigvuldig bij patiënten met RA de risicoscore met 1,5. • Bij een score in de buurt van de behandelgrens: overweeg indeling in een hogere risicocategorie bij een positieve familieanamnese voor premature hart- of vaatziekte, aanwezigheid van psychosociale risicofactoren, 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. • Verricht bij vermoeden van secundaire hypertensie 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) 	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Tabel 4.2 Relatief-risicotabel*, afgeleid van SCORE (Overgenomen uit [Piepoli 2016])

systolische bloeddruk	Niet-roker					Roker				
	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
totaal cholesterol	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

*het relatieve risico ten opzichte van een leeftijdgenoot met normale risicofactoren

Figuur 4.3 Risicoschatting hart- en vaatziekten



4.4 Scharnierconsult

In het scharnierconsult bespreekt de huisarts de diagnose/risicoprofiel met de patiënt. Aan de hand van het risicoprofiel stelt de huisarts een behandelplan op samen met de patiënt. In het behandelplan worden behandeldoelen voor patiënten omschreven.

Bepaal het beleid op grond van de risicocategorie (figuur 4.3) in overleg met de patiënt. Het beleid hangt namelijk ook af van patiëntfactoren: de leeftijd, kwetsbaarheid, bestaande morbiditeit, motivatie en mogelijkheden om leefstijl te veranderen, en motivatie voor het gebruiken van medicatie. Ga uit van de volgende algemene aanbevelingen, afhankelijk van de risicocategorie waartoe een individu behoort:

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

De invloed van leeftijd Jongeren (< 40 jaar)

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

Ouderen (> 70 jaar)

Bij personen zonder hart- en vaatziekten wordt het bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is minder overtuigend naarmate zij ouder en/of kwetsbaarder worden. Dit geldt vooral voor de 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. Voor antihypertensieve therapie is het bewijs voor effectiviteit sterker dan voor statines (Addendum (kwetsbare) ouderen bij CVRM).

Het is belangrijk om het effect van bepaalde behandelingen met de patiënt te bespreken. De risicocategorieën in figuur 4.3 zijn sturend, maar niet bindend ten aanzien van het verdere beleid, zoals het voorschrijven van medicatie. U-prevent kan als hulpmiddel gebruikt worden bij het bespreken van effect van de behandeling <http://www.u-prevent.com>.

Tabel 4.4 scharnierconsult

Onderwerp	Actie	wie
Welbevinden	Informeren naar welbevinden	HA
Diagnose	Geef uitleg diagnose	HA
Risicoprofiel	Geef uitleg over het risicoprofiel	HA
Aanvullende risico-informatie en aandoeningen met een verhoogd CVR	De aanwezigheid van de volgende risicofactoren kan een reden zijn om de patiënt te re-classificeren naar een hogere risicocategorie <ul style="list-style-type: none">• Belaste familieanamnese voor premature HVZ.• Psychosociale risicofactoren• Een CAC-score• Bij bestaande morbiditeit zoals arteritis psoriatica, jicht of COPD kan er eerder gekozen worden voor medicamenteuze therapie. <i>Raadpleeg de NHG standaard CVRM 2019 voor meer informatie.</i>	HA

Medicatie	<p>Uitleg medicatie en motiveren tot therapietrouw</p> <ul style="list-style-type: none"> • Over veiligheid en bijwerkingen van medicatie • Informeren wie hij kan aanspreken bij problemen met medicatie • Doel van de medicamenteuze behandeling en de rol van de patiënt • Medicamenteuze behandeling volgens behandelprotocol KZWF 	HA
Leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> • Stoppen met roken, meeroken vermijden (hfdst.6.2.5); • Bewegen of sporten (hfdst 6.2.4); • Gezonde voeding (hfdst 6.2.1). • Streven naar een optimaal gewicht (hfdst 6.2.4) • Stress trachten te voorkomen, <i>Behandeling van een depressie of angststoornis volgens vigerende richtlijnen om zowel de psychische als fysieke gezondheid te bevorderen.</i> 	HA
IZP en persoonlijke behandeldoelen	<ul style="list-style-type: none"> • Maak met de patiënt afspraken over de cardiovasculaire preventie toegespitst op het individu en op basis van besluitvorming door de patiënt en de zorgverlener. • Beschrijf de afspraken in een individueel zorg/behandelplan 	HA
Ketenzorg programma	Bepaal of de patiënt voldoet aan de inclusiecriteria voor deelname aan ketenzorgprogramma HVZ of VVR (hfdst 2.4). Vóór inclusie wordt de patiënt over de zorgverlening binnen het zorgprogramma geïnformeerd.	HA
Begeleiding en behandelrelatie	<ul style="list-style-type: none"> • Spreek af hoe de begeleiding eruit gaat zien; POH en HA werken nauw samen. • Vraag toestemming voor deelname ketenzorg 	HA
Zorgpartners	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreek de andere betrokkenen binnen de ketenzorg behalve de HA en POH. • Bespreek de manier waarop het team samenwerkt. 	HA

Toestemming en inclusie

De patiënt wordt om toestemming gevraagd voor deelname aan de HVZ/VVR ketenzorg. Vervolgens start het zorgprogramma met de intensieve behandelfase.

4.5 Intensieve behandelfase:

In deze fase wordt de basis gelegd voor een langdurige zorgverlener-patiëntrelatie waarin duidelijk wordt besproken dat de patiënt mede verantwoordelijk is voor zijn behandeling. De begeleiding is gericht op het voorkómen van (de progressie van) atherosclerose en/of (nieuwe) HVZ en/of de kans verlagen op complicaties ten gevolge van HVZ. Het is in de voorlichting goed om te realiseren dat de patiënt uit de tweede lijn niet alle informatie heeft onthouden of heeft gekregen over de aandoening. Het krijgen van een event is een ingrijpende gebeurtenis, wat het leven van de patiënt behoorlijk kan veranderen. Er wordt samen met de patiënt gestreefd naar:

- Een optimale medicamenteuze behandeling
- Educatie/voorlichting
- Een effectieve aanpassing van de leefstijl

Gedagsverandering

- Gebruik breed geaccepteerde cognitieve gedragsstrategieën, zoals motiverende gespreksvoering, om leefstijlverandering te ondersteunen.
- Betrek een multidisciplinair team van zorgverleners, waaronder bijvoorbeeld verpleegkundigen, diëtisten en psychologen om gedragsverandering te bewerkstelligen.
- Zet multimodale interventies in voor personen met een zeer hoog cardiovasculair risico, waarin de medische behandeling geïntegreerd is met educatie over gezonde leefstijl, beweegadviezen, stressbeheersing en gespreksvoering over psychologische risicofactoren.

Tabel 4.5 Intensieve behandel fase

Onderwerp	Actie	wie
Welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> • Informeren naar welbevinden 	POH/ HA
Lichamelijk onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Bloeddrukmeting: <i>bijlage 2. Stroomdiagram bloeddrukmeten</i> • Body-mass index 	POH
Bloeddruk	<ul style="list-style-type: none"> • Behandeling volgens de <i>behandelrichtlijn KZWF: verhoogde bloeddruk</i> • Indien de bloeddruk slechts licht verhoogd is, kan deze geëvalueerd worden over een periode van weken tot maanden. Indien de bloeddruk duidelijk verhoogd is of vergezeld gaat met orgaanschade, andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten of vastgestelde hart- en vaatziekten of nierziekte, zijn herhaalde bloeddrukmetingen binnen een kortere periode vereist om beslissingen te nemen over de behandeling. 	POH/ HA
Lipiden	<p>Behandeling volgens de <i>behandelrichtlijn KZWF: lipiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bepaal bij de start van een cholesterolverlager het LDL-cholesterol. • Na start behandeling met statines: driemaandelijks LDL-cholesterol tot streefwaarde is bereikt. • Bepaal CK en transaminasen bij statinegebruik alleen bij verdenking op toxiciteit, ernstige spierklachten, vermoeden leverfalen. 	POH/ HA
Chronische nierschade	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose en behandeling volgens <i>behandelrichtlijn KZWF: chronische nierschade</i> • Het gebruik van een RAS-remmer en/of diuretica kan leiden tot (exacerbatie) van nierfunctiestoornissen en/of elektrolytstoornissen. • Controleer bij aanvang van een RAS-remmer of diuretica op nierfunctie (eGFR), natrium en kalium. <ul style="list-style-type: none"> ○ De controle kan vervallen als de eGFR, het natrium en kalium recent bepaald is (< 1 jaar) en niet afwijkend was. • Bepaal nierfunctie (eGFR) natrium en kalium 2 weken na aanvang van de medicatie bij: <ul style="list-style-type: none"> • Een afwijkende laboratoriumuitslag (eGFR<60 ml/min, kalium <3,8 of kalium > 4,5 mmol/l) • Een combinatie van RAS en diuretica. • Herhaal de controle op indicatie vaker, bijvoorbeeld bij een ernstige nierfunctiestoornis (<30 ml/min), instabiel hartfalen, kwetsbare ouderen of in het verleden nierfunctie of elektrolyten afwijkingen bij gebruik van deze medicatie. • Overweeg ook controle van eGFR, natrium en kalium in geval van (dreigende) dehydratie bij intercurrente aandoeningen (bij hoge koorts, fors braken of diarree) 	POH/ HA
Aanvullend onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Echo doppler • arm- enkel index 	POH
Ziekte specifieke interventies	<ul style="list-style-type: none"> • Atriumfibrilleren (AF), <i>zie zorgprogramma AF</i> • Ischemische hartziekten • Chronische nierschade • Cerebrovasculaire aandoeningen • Perifeer arterieel vaatlijden <p><i>Raadpleeg de NHG standaard CVRM 2019 voor meer informatie</i></p>	POH/ HA
Leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> • Stoppen met roken, meerroken vermijden (hfdst.6.2.5); • Bewegen of sporten (hfdst 6.2.4); • Gezonde voeding (hfdst 6.2.1). 	POH

	<ul style="list-style-type: none"> • Streven naar een optimaal gewicht • Stress trachten te voorkomen, <i>Behandeling van een depressie of angststoornis volgens vigerende richtlijnen om zowel de psychische als fysieke gezondheid te bevorderen.</i> 	
Voorlichting, advies en zelf-management	<ul style="list-style-type: none"> • Maak met de patiënt afspraken over de cardiovasculaire preventie toegespitst op het individu en op basis van besluitvorming door de patiënt en de zorgverlener. • Beschrijf de afspraken in een individueel zorgplan. • Voorlichting over risico, invloed leefstijl en medicatie, noodzaak periodiek onderzoek en mogelijke behandelingen. • Bespreken individueel zorgplan: genomen acties, resultaten, hindernissen, successen, evt. bijstellen. • Laat de patiënt contact opnemen of instrueer de patiënt bij (dreigende) dehydratie bij intercurrente aandoeningen (bij hoge koorts, fors braken of diarree) 	POH
Medicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Effect, therapietrouw, bijwerkingen; • Instellen/bijstellen/optimaliseren medicatie. 	POH/ HA
Verwijzing/ Interventie	<p>Indien nodig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doorverwijzen naar aanbod stoppen met roken hfdst 6.1.2, • Diëtist voor dieetadvies • Fysiotherapeut voor beweegadvies; • Intercollegiaal overleg/doorverwijzen naar specialist (hfdst.6.2) • Intercollegiaal overleg kaderhuisarts (hfdst. 6.2) <ul style="list-style-type: none"> ○ Advies beoordeling diagnostiek, m.n. over uitkomsten lab/onderzoek ○ Behandeladvies algemeen ○ Behandeladvies bij therapieresistentie 	POH/ HA
Controle/ begeleidings- frequentie.	Het aantal consulten is afhankelijk van de gemaakte afspraken met de patiënt, de motivatie voor het aanpassen van de leefstijl, de hoogte van het risico en eventuele co-morbiditeit.	POH

Patiënten gaan over naar stabiele behandel fase wanneer:

- Ze goed op de hoogte zijn van hun risico/aandoening en geïnformeerd zijn over de invloed van leefstijl hierop
- Persoonlijke doelen zijn besproken en vastgelegd
- Afspraken over evt. behandeling en controlebeleid zijn vastgelegd.

Patiënten uit de keten VVR gaan over naar de HVZ keten als deze een cardiovasculair event hebben meegemaakt. Dit moet bij de zorggroep worden aangegeven middels een mutatieformulier.

4.6 stabiele behandel fase

De controle patiënt zijn patiënten die goed op de hoogte zijn van hun verhoogd vasculair risico en er wordt, samen met de patiënt, bekeken wat er nodig is om dit risico onder controle te houden. Minimaal jaarlijks wordt de patiënt door de POH gezien.

Tabel 4.6 stabiele behandel fase

Onderwerp	Actie	Wie
Welbevinden	<ul style="list-style-type: none"> • Informeren naar welbevinden 	POH
Lichamelijk onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Bloeddrukmeting • Body-mass index 	POH
laboratorium onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Driemaandelijks eGFR, Natrium, Kalium: eGFR < 30, instabiel hartfalen of kwetsbare ouderen met RAS en/of diuretica. 	POH

	<ul style="list-style-type: none"> • jaarlijks eGFR, Na, Ka: RAS-remmer en/of diuretica, DM, verlaagde eGFR • 3-5 jaarlijks eGFR, Na, Ka: overige antihypertensiva/onder behandeling CVRM • Jaarlijks ACR bij CNS, DM • 3 jaarlijks ACR/Glucose: bij iedereen onder behandeling CVRM • LDL: Indien de streefwaarde LDL is bereikt en de patiënt de statine goed verdraagt: continueer het gebruik en controleer het LDL alleen op indicatie (jaarlijkse controle niet nodig). 	
Aanvullend onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Een 24- uursmeting (voorkeur), een geprotocolleerde thuismeting of een dertigminutenmeting. • Echo doppler; • Enkel- armindeks. 	POH
Ziekte specifieke interventies	<ul style="list-style-type: none"> • Atriumfibrilleren; • Ischemische hartziekten; • Chronische Nierschade • Cerebrovasculaire aandoeningen; • Perifeer arterieel vaatlijden. 	POH/HA
Leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> • Stoppen met roken, meerroken vermijden (hfdst.6.2.5); • Bewegen of sporten (hfdst 6.2.4); • Gezonde voeding (hfdst 6.2.1). • Streven naar een optimaal gewicht (hfdst 6.2.4) • Stress trachten te voorkomen 	POH
Voorlichting, advies en zelf-management	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreken algemeen welbevinden, gezondheid en leefstijl. • Bespreken individueel zorgplan: genomen acties, resultaten, hindernissen, successen, evt. bijstellen. • Herhaal voorlichting over risico, invloed leefstijl en medicatie, noodzaak periodiek onderzoek en mogelijke behandelingen. • Bespreken complicaties, co-morbiditeit. • Bespreken evt. andere medicatie. • Laat de patiënt contact opnemen of instrueer de patiënt bij (dreigende) dehydratie bij intercurrente aandoeningen (bij hoge koorts, fors braken of diarree) 	POH
Medicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Effect, therapietrouw, bijwerkingen; • Instellen/bijstellen/optimaliseren medicatie. 	POH/HA
Verwijzing/ Interventie	<p>Indien nodig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diëtist voor dieetadvies (6.1) • Fysiotherapeut voor beweegadvies (6.1) • Intercollegiaal overleg/doorverwijzen naar specialist (hfdst.5.1) • Intercollegiaal overleg kaderhuisarts (hfdst. 5.2) 	HA/POH

5. VERWIJZING EN CONSULTATIE IN DE KETEN

5.1 Samenwerkingspartners in het zorgprogramma

Ketenpartners:

- Huisartsen
- Diëtisten
- Kaderhuisarts
- Praktijkondersteuners
- Huisartsondersteuners

Samenwerkingspartijen:

- Cardioloog, DLZ
- Nefroloog, DLZ
- Neuroloog, DLZ
- Gespecialiseerd verpleegkundige neurologie, de Omring
- Vaatchirurg DLZ

5.2 Consultatie kaderhuisarts hart- en vaatziekten

Van belang is dat de expertise en kennis van de huisarts en POH is geborgd. Binnen het zorgprogramma bestaat de mogelijkheid om de kaderhuisarts HVZ te consulteren. De kaderhuisarts kan o.a. geconsulteerd worden voor vragen over:

- Advies beoordeling diagnostiek, m.n. over uitkomsten lab/onderzoek
- Behandeladvies algemeen
- Behandeladvies bij therapieresistentie

Contactpersoon	Naam	Email
kaderhuisarts HVZ	Bart van Oostendorp	bvoostendorp@ketenzorgwf.nl

5.3 Verwijscriteria specialist

Tabel 5.1 verwijscriteria specialist

Hypertensieve crisis	Spoedonderzoek naar het bestaan van orgaanschade is geïndiceerd bij: Een systolische en diastolische bloeddruk > 200/120 mmHg of een recentelijke gedocumenteerde sterke bloeddrukstijging. Beide in combinatie met klachten van hoofdpijn, visusstoornissen, misselijkheid en/of braken en/ of in combinatie met acute neurologische symptomen of cardiopulmonale klachten. <i>Richtlijn Hypertensieve crisis⁴</i>	internist
Secondaire hypertensie	<ul style="list-style-type: none">• Een jonge beginleeftijd,• Gebruik van specifieke medicamenten of genotsmiddelen,• Tekenen van schildklierdysfunctie,• Een (bij-)nierziekte of Cushing syndroom,• Hypokaliëmie ($\leq 3,5$ mmol/l),• Aanwijzingen voor obstructief slaapapneu syndroom (OSAS)• Therapieresistente hypertensie. <i>Richtlijn Hypertensie in de tweede en derde lijn⁵</i>	internist
LDL	Zeer hoge plasmaconcentraties LDL-C (>95ste percentiel in leeftijdscategorie) in combinatie met een familiale	internist

⁴<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hypertensieve-crisis/klinische-presentatie-hypertensieve-crisis/definitie-hypertensieve-crisis.html>

⁵<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hypertensie-in-de-tweede-en-derde-lijn/diagnostiek-secundaire-hypertensie.html>

	voorgeschiedenis van vroegtijdige vaatziekten en/of verhoogd cholesterol, of stigmata kunnen verder genetische evaluatie voor Familiaire Hypercholesterolemie rechtvaardigen (zie module <i>Richtlijn (erfelijke) dyslipidemie in de tweede en derde lijn</i> ⁶)	
Triglyceride	Zeer hoge plasmatriglyceridewaarden vereisen nader diagnostische uitwerking want er kunnen specifieke genetische mutaties aanwezig zijn in het TG-metabolisme (zoals dysbeta, LPL-deficiëntie, enzovoort). <i>Richtlijn (erfelijke) dyslipidemie in de 2e en 3e lijn</i> ⁷	internist
Familiaire hypercholesterolemie	Bij sommige aandoeningen kan genetische screening en voorlichting effectief zijn, zoals bij familiale hypercholesterolemie (FH) <i>module Screening FH uit de richtlijn (erfelijke) dyslipidemie in de tweede en derde lijn</i> ⁷ of www.leeft.nl	internist
Chronische nierschade	<ul style="list-style-type: none"> • (Vermoeden) acute nierschade • Vermoeden onderliggende specifieke nierziekte • Ernstig verhoogde ACR: > 30 mg/mmol • Ernstig afgenomen eGFR <30 ml/min/1,73m² • CNS met sterk verhoogd risico • (Ernstige) progressie CNS <i>NHG chronische nierschade (2018), Behandelrichtlijn CNS KZWF(2019)</i>	nefroloog

5.4 Regionale transmurale samenwerkingsafspraken (RTA's)

Met de volgende partijen zijn RTA's gemaakt:

- Cardiologie DLZ (bijlage 4)
- Neurologie, WFG en gespecialiseerd verpleegkundige thuiszorg de Omring m.b.t. afspraken CVA nazorg met (bijlage 5)
- Vaatchirurgen (bijlage 6)

Deze afspraken worden jaarlijks geëvalueerd om de continuïteit te waarborgen.

⁶ https://richtlijnen database.nl/richtlijn/erfelijke_dyslipidemie_in_de_2e_en_3e_lijn/startpagina_dyslipidemie.html

5.5 verwijzing diëtist

De POH en huisarts geven algemene leefstijl- en voedingsadviezen (zorgprofiel 1 en 2). Bij zorgprofiel 3 en 4 kan er doorverwezen worden naar de diëtisten van KZWF. Zie bijlage 3 voor meer informatie over de zorgprofielen.

In hoofdstuk 6 staan de algemene criteria uitgeschreven.

Bekijk online de zorgprofielen voor CVRM en nierziekten, voor verwijsindicaties, achtergrondinformatie en patiëntbrochures.

<https://www.artsenwijzerdietetiek.nl/cvrm-en-hartfalen/cardiovasculair-risico-management>

<https://www.artsenwijzerdietetiek.nl/nierziekten>

Mogelijke verwijsindicaties voor de diëtist zijn (zorgprofiel 3 en/of 4):

- Therapieresistente hypertensie
- Gebruik RAS-remmers
- Gebruik kaliumsparende diuretica
- Omgang met beperking van de zoutinname, inname drinkvocht
- Verbeteren lipidenprofiel
- Behouden, normaliseren of verminderen van het lichaamsgewicht
- Stoppen met roken en eventuele ongewenste gewichtstoename
- Handhaven of behoud van de BMI/ spiermassa bij onbedoeld gewichtsverlies.
- Indien volwaardige intake op reguliere wijze niet te realiseren is: inzet dieetpreparaten en/of medische voeding.

Aangesloten ketenzorg diëtisten:

Op de site van KZWF staan alle aangesloten diëtisten:

<https://www.ketenzorgwf.nl/voor-patienten/cvrm/aangesloten-dietisten-cvrm-ketenzorg/>

Verwijsbrief aangesloten ketenzorg diëtisten:

Op de site van KZWF staat de verwijsbrief voor verwijzing patient naar de diëtist.

<https://www.ketenzorgwf.nl/downloads/>

5.6 Verwijzing gespecialiseerd verpleegkundige neurologie Omring

Het is bekend dat veel mensen met een CVA eenmaal thuis te maken krijgen met klachten. Onderzoek laat zien dat ruim 50% van hen geconfronteerd wordt met onzichtbare uitval. Met name problemen met aandacht, geheugen en informatieverwerking komen veel voor. Deze onzichtbare uitval, vaak gecombineerd met lichamelijke achteruitgang, vraagt veel van de patiënt en de mantelzorg. Vooral de partner wordt zwaar belast. De gespecialiseerd verpleegkundige neurologie ondersteunt de patiënt bij de onzichtbare gevolgen na een CVA. De afspraken hierover staan vermeld in 'Afspraken neurologie WFG, de Omring en KZWF' (Bijlage 5)

5.7 Ondersteuning door de fysiotherapeut bij perifeer Arterieel Vaatlijden

volgt

6. THERAPIE, (BE)HANDELINGEN EN INTERVENTIES

6.1 Leefstijl-advisering

Geef leefstijladvisering op maat conform de NHG leefstijlmodules. Ga samen met de patiënt na welk zorgprofiel het meest passend is op grond van diens:

- zelfmanagementvaardigheden;
- aard en ernst van de problematiek;
- ervaringen met eerdere behandelingen;
- voorkeuren.

6.1.1 Beweegadvies

De NHG zorgmodule Leefstijl- Bewegen⁷ geeft richtlijnen voor de advisering en motivering van patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten of chronische aandoeningen waarbij voldoende lichaamsbeweging van belang is. Verwijs naar een fysiotherapeut als bewegen in het zorgdomein (profiel 3, 4 en 5) gewenst is. Verwijs naar een revalidatiearts of sportarts bij zeer ernstige (vitale) complicaties.

De huisarts verwijst voor bewegen in het zorgdomein naar de beweegzorgprofessional (bijv. een BIG-geregistreerde fysiotherapeut, oefentherapeut, sportarts of revalidatiearts); deze kan eventueel ook adviseren over een geschikt bewegingsaanbod in het publieke domein. Het beweegadvies volgens Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) wordt geadviseerd. De norm schrijft voor dat iedere volwassene minimaal 150 minuten per week, verspreid over diverse dagen, matig of zwaar intensieve inspanning moet leveren. Spier en botversterkende activiteiten (voor ouderen inclusief balansoefeningen) minimaal 2 x per week. Voorkom veel stilzitten.

http://www.artsenwijzernet.nl/images/beweegrichtlijnen2017_figuur1.jpg

Tabel 6.1 zorgprofiel bewegen

Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgverleners
1. Uitsluitend zelfmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt heeft het vermogen tot zelfmanagement • Patiënt beweegt volledig op eigen gelegenheid 	Geen Zo nodig of op verzoek periodieke evaluatie bij huisarts
2. Bewegen in regulier sport- en bewegingsaanbod op basis van zelfmanagement onder begeleiding van een beweegprofessional in het publieke domein	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt heeft het vermogen tot zelfmanagement • Begeleiding door beweegprofessional (buurtcoach, sportinstructeur) 	Geen Zo nodig of op verzoek periodieke evaluatie bij huisarts of beweegzorgprofessional
3.A Bewegen onder begeleiding van beweegzorg- professional met specifieke expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt heeft niet het vermogen tot zelfmanagement • Nadruk ligt op gedragsverandering • Individueel behandelingsplan • Groepsbehandeling 	Beweegzorgprofessional
3.B Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	<ul style="list-style-type: none"> • Beperkte complicaties om zelfstandig te bewegen in het publieke domein • Individueel behandelingsplan • Individuele behandeling 	Beweegzorgprofessional
4. Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise op gebied van	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbiditeit • Grote mate van hulpafhankelijkheid 	Beweegzorgprofessional

⁷ <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-zorgmodule-leefstijl-bewegen-samenvatting>

bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik van ziekte specifieke aanvulling • Individueel behandelingsplan 	
5. Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke (vaak specialistische) expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbiditeit • Grote mate van hulpafhankelijkheid • Slechte prognose • Individueel behandelplan • Langdurige multidisciplinaire individuele begeleiding nodig 	Beweegzorgprofessional

6.1.2 Advies stoppen met roken

In de huisartsenpraktijk is belangrijke gezondheidswinst te behalen door rokers aan te sporen te stoppen met roken. In de NHG zorgmodule leefstijl Roken⁹ worden handvatten beschreven voor de advisering en motivering van patiënten met gezondheidsrisico's als gevolg van hun rookgedrag zijn gebaseerd op de [NHG-Standaard Stoppen met roken](#) uit 2007 en de generieke zorgmodule [Stoppen met roken](#).

De begeleiding van patiënten stoppen met roken is inbegrepen in het zorgprogramma. In onderstaande tabel wordt een richting gegeven op duur en de inhoud van de zorgverlening. Echter moet per patiënt op maat bekeken worden welke behoeftes er zijn.

Tabel 6.2 Voorbeeld consulten stoppen met roken voor patiënten.

Fase	Consult	Activiteiten
Anamnese	Regulier consult zorgprogramma	1) Vraag naar rookstatus: rokers krijgen duidelijk stopadvies. 2) Vraag naar motivatie om te stoppen met roken.
Intake	Intakegesprek	3) Mate van nicotine afhankelijkheid bepalen (vragenlijst Fagerström). 4) Motivational interviewing gebruiken voor inventarisatie motivatie en barrières. 5) Maak samen een stopplan: <ul style="list-style-type: none"> • stopdatum; • sociale steun van anderen; • anticiperen op moeilijke momenten. 6) Doelen bespreken en vastleggen. 7) Ondersteuningswens bespreken. 8) Hulpmiddelen bespreken. 9) Plan vervolgspraak.
Interventie	Vervolgafspraken (gemiddeld 3)	10) Vragen naar veranderingen in gezondheid en gedrag. 11) Adviseren m.b.t. terugval of vervangend gedrag. 12) Moeilijke momenten bespreken. 13) Rookrituelen bespreken en veranderen. 14) Telefonische consulten (gemiddeld 3).

Hulpmiddelen en medicatie:

1. Nicotine vervangende middelen: Nicotine vervangende middelen (NVM) zoals kauwgom, pleisters en sublinguale tabletten, en de medicamenten varenicline, nortriptyline en bupropion, zijn ongeveer even effectief bij stoppen met roken. De NHG standaard Stoppen met Roken stelt dat, gezien de vergelijkbare effectiviteit en de geringere bijwerkingen en contra-indicaties, NVM de eerste keus zijn.
2. Medicamenten: Varenicline, Nortriptyline of bupropion worden in de NHG standaard beschouwd als gelijkwaardig. Deze medicamenten kunnen eventueel in combinatie met NVM gebruikt worden. De

patiënt komt in aanmerking voor medicamenteuze ondersteuning:

1. als de patiënt meer dan 10 sigaretten per dag gebruikt;
2. als de patiënt daar expliciet om vraagt;
3. als eerdere stoppogingen met NVM zijn mislukt.

Afhankelijk van de mate van nicotineafhankelijkheid, de behoefte van de patiënt en eventuele contra-indicaties wordt één middel of een combinatie van middelen aangeboden.

Voor uitgebreidere informatie, zie NHG Standaard Stoppen met Roken.

Tabel 6.3 zorgprofiel stoppen met roken

Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgverleners
Voldoende zelfmanagement-vaardigheden	<p>Patiënt gaat zelf aan de slag met zijn leefstijl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevante informatie www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken • Bij voorkeur intensieve ondersteuning in groepsprogramma's (GGD en thuiszorginstellingen) en programma's met individuele (telefonische) coaching (www.rokeninfo.nl) • Andere websites: www.medipro.nl, www.rokendebaas.nl, www.ikstopnu.nl • KZWF patiëntenfolder: Stoppen met roken 	Geen
2. Kort stoppen-met-rokenadvies	<p>Voorlichting en bewust maken van de gezondheidsrisico's:</p> <ul style="list-style-type: none"> • op een duidelijke, krachtige en op de persoon afgestemde manier; • met nadruk op het belang van het stoppen met roken voor de toekomstige gezondheid; • met een relatie naar de huidige ziekten, risicofactoren of klachten van de patiënt. 	Huisarts Praktijkondersteuner Andere zorgverleners in eerste en tweede lijn
3. Korte motiverende interventie	<p>Bewust maken van gezondheidsrisico's Motiverende gespreksvoering <u>Bespreek:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • de nadelen van roken en de voordelen van niet roken; • de relevantie van het stoppen met roken; • de risico's van de patiënt; • mogelijke barrières bij het stoppen met roken • wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden; • alternatieven voor de prettige effecten van tabak. 	Huisarts Praktijkondersteuner Andere zorgverleners in eerste of tweede lijn
4. Intensieve ondersteunende interventie	<p>Intensieve behandeling bij het stoppen met roken <u>Bespreek:</u> de nadelen van roken en de voordelen van niet roken;</p> <ul style="list-style-type: none"> • de relevantie van het stoppen met roken; • de risico's van de patiënt; • mogelijke barrières bij het stoppen met roken • wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden; • alternatieven voor de prettige effecten van tabak. • Stel een behandelingsplan op met onder meer de stopdatum en vervolgcontacten 	Huisarts Praktijkondersteuner Andere zorgverleners in eerste of tweede lijn Check zo nodig het Kwaliteitsregister Stoppen met roken

	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacologische ondersteuning door de huisarts 	
<p>5. Gespecialiseerde behandeling</p> <p><i>Complexe verslavingsproblematiek.</i></p> <p><i>Patiënt is al onder behandeling in de verslavingszorg.</i></p> <p><i>Ernstig verslaafde rokers</i></p>	<p>Intensieve behandeling bij het stoppen met roken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandelingsplan opstellen • Farmacologische ondersteuning 	Gespecialiseerde GGZ (verslavingzorg)

6.1.3 Voedingsadvies

De NHG zorgmodule leefstijl voeding ¹¹ biedt handvatten bij de leefstijladvisering aan en motivering van patiënten met vragen, risicofactoren voor hart- en vaatziekten en chronische ziekten. Eetstoornissen vallen buiten het bestek van de module.

Tabel 6.4 zorgprofiel voeding algemeen

Zorgprofiel	Inhoud zorgprofiel	Betrokken zorgverleners
<p>Zorgprofiel 1</p> <p>Uitsluitend zelfmanagement</p>	<p>Patiënt gaat zelf aan de slag met zijn leefstijl. Relevante informatie en begeleiding door online hulpprogramma's</p> <p>Voor patiëntvoorlichting en achtergrondinformatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://www.voedingscentrum.nl • https://nierstichting.nl (waaronder bijvoorbeeld ook: https://nierstichting.nl/professionals/factsheets/) • https://www.hartstichting.nl • www.artsenwijzerdietetiek.nl 	Geen
<p>Zorgprofiel 2</p> <p>Algemeen voedingsadvies</p>	<p>Bewust maken van gezondheidsrisico's</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leggen van relatie tussen leefstijl en ziekte • Indien nodig het creëren van motivatie voor leefstijlverandering • Streef naar stapsgewijze, haalbare kleine aanpassingen. <p>Voor patiëntvoorlichting en achtergrondinformatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://www.voedingscentrum.nl • https://nierstichting.nl (waaronder bijvoorbeeld ook: https://nierstichting.nl/professionals/factsheets/) • https://www.hartstichting.nl • www.artsenwijzerdietetiek.nl 	Huisarts Praktijkondersteuner Individuele zorg met algemeen voedingsadvies
<p>Zorgprofiel 3</p> <p>Individuele zorg met dieetbehandeling</p>	<p>Dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.</p>	Diëtist ingeschreven als Kwaliteitsgeregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)

Zorgprofiel 4Gespecialiseerde dieetbehandeling	Dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.	Diëtist met voor betreffende ziekte specialistische expertise ingeschreven als Kwaliteitsgeregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)
------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gezond gewicht: voor de definitie van een gezond gewicht wordt onderstaande tabel gebruikt:
BMI=body mass index

Tabel 6.5 World Health Organization classificatie van het lichaamsgewicht volgens de body mass index bij volwassenen

Definitie	BMI (kg/m ²) body mass index	
	Volwassenen (18 t/m 69 jaar)	Ouderen (≥70 jaar)
Ondergewicht	<18,5	<22
Normaal	18,5 t/m 24,9	22 t/m 27,9
Overgewicht	25 t/m 29,9	28 t/m 29,9
Obesitas	≥ 30	≥ 30
<ul style="list-style-type: none"> • Klasse 1 • Klasse 2 • Klasse 3 	30 tot 34,9 35-39,9 ≥ 40	

De BMI meting is minder/niet geschikt voor:

- Personen die <1,58 meter of >1,90 meter zijn
- Personen met een grote spiermassa (atletische bouw)
- Personen met een andere lichaamsbouw.

Volwassen Nederlanders die afkomstig zijn uit Zuid-Azië of uit een Afrikaans land ten zuiden van de Sahara, is het verstandig om af te vallen bij een BMI > 23 (i.p.v. BMI >25).

Mogelijk geldt dit ook voor Nederlanders van Noord-Afrikaans, Hindoestaanse en Creoolse afkomst⁸

- Zwangere
- Kinderen

⁸ Bron: Voedingscentrum/ BMI berekenen

6.1.4 Alcoholadvies

Tijdige signalering en beperking van overmatig alcoholgebruik kan schadelijke gevolgen voorkomen. De NHG zorgmodule leefstijl Alcohol ¹² geeft richtlijnen voor de gespreksvoering met de patiënt en voor de samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik. Uitgangspunt daarbij is een gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt.

U kunt deze module gebruiken bij patiënten met klachten en aandoeningen die verband kunnen houden met alcoholproblematiek. De gegeven adviezen en aanbevelingen zijn gebaseerd op de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, op multidisciplinaire richtlijnen en op hiervan afgeleide producten.

Huisarts en praktijkondersteuner hebben een belangrijke rol bij de voorlichting over aanvaardbaar alcoholgebruik en de vroege signalering van problematisch alcoholgebruik. De huisartsenpraktijk kan ondersteunende gesprekken aanbieden bij problematisch alcoholgebruik. De huisartsenpraktijk werkt in de eerstelijns samen met zorgverleners in de generalistische basis-ggz bij de aanpak van problematisch alcoholgebruik. De eigen verantwoordelijkheid, wensen en motivatie van de patiënt zijn het uitgangspunt voor de behandeling.

Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgverleners
1. Zelfmanagement <ul style="list-style-type: none"> Voorkeur patiënt Voldoende zelfmanagementvaardigheden 	Patiënt gaat zelf aan de slag met verminderen of stoppen van het alcoholgebruik Relevante informatie en behandeling via online hulpprogramma's (e-mental health: www.thuisarts.nl , www.alcoholinfo.nl , www.aanederland.nl)	Geen
2. Advisering over aanvaardbaar alcoholgebruik <ul style="list-style-type: none"> Bij klachten en aandoeningen die verband kunnen houden met of een verhoogd risico geven op overmatig alcoholgebruik Bij een verhoogd risico op schadelijke effecten van alcohol 	Adviseer over: <ul style="list-style-type: none"> schadelijke effecten van alcohol aanvaardbaar alcoholgebruik in de situatie van de patiënt Sluit aan bij de klachten en de leefwereld van de patiënt 	Huisarts Praktijkondersteuner somatiek en ggz Diëtist Vervolgafspraken in samenspraak met de patiënt Indien < 3 mnd geen effect: doorstroming naar volgend zorgprofiel
3. Ondersteunende gesprekken <ul style="list-style-type: none"> Problematisch alcoholgebruik > 3 mnd Lichte of matige stoornis in het alcoholgebruik 	<ul style="list-style-type: none"> Geef voorlichting over aanvaardbaar alcoholgebruik en gezondheidsrisico's Geef feedback op overmatig alcoholgebruik Bespreek de functie van alcoholgebruik Geef advies/opties voor gedragsverandering Bespreek de mogelijkheden tot verandering van het alcoholgebruik. Bespreek de keuze minder/niet te drinken, hoog risico situaties en gedragsalternatieven 	Huisarts Praktijkondersteuner ggz Diëtist Bij onvoldoende effect: doorstroming naar volgend zorgprofiel

	<ul style="list-style-type: none"> • Geef vitaminesuppletie 	
<p>4. Behandeling in de generalistische basis-ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteunde gesprekken niet mogelijk of niet effectief • Ernstige stoornis in het alcoholgebruik 	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverende gespreksvoering • Kortdurend, middellang, intensief en chronisch • Vitaminesuppletie • Eventueel terugvalpreventie 	<p>Generalistische basis-ggz (o.a. GZ-/eerstelijnspsycholoog en verslavingszorg)</p> <p>Eventueel medicamenteuze behandeling door de huisarts</p>
<p>5. Behandeling in de gespecialiseerde ggz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoog risicopatiënten: gevaar voor verwaarlozing, decompensatie, geweld, kindermishandeling of automutilatie • Complexe situaties: ingewikkelde co-morbiditeit of somatische, psychosociale, persoonlijkheids- en omgevingsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Motiverende gespreksvoering • Multidisciplinaire behandeling • Eventueel rehabilitatie • Eventueel (klinische) detoxificatie/terugvalpreventie • Vitaminesuppletie 	<p>Gespecialiseerde ggz/verslavingszorg</p>

6.2 Medicamenteuze behandeling:

Volg de KZWF Richtlijnen: <https://www.ketenzorgwf.nl/zorgprogrammas/>

6.2.1 Richtlijn risicoprofilering, 2020

6.2.2 Richtlijn verhoogde bloeddruk, 2020

6.2.3 Richtlijn verhoogd LDL, 2020

6.2.4 Richtlijn Chronische nierschade, 2019

6.2.5 Richtlijn glykemische instelling diabetes mellitus type 2, 2019

7. ORGANISATIE EN TAAKVERDELING

7.1 Taakverdeling in de praktijk

De precieze taakverdeling tussen huisarts, POH en praktijkassistente dient op praktijkniveau te worden vastgelegd, de zorggroep kan hierin ondersteunen. Uitgangspunt hierbij is dat de POH de centrale zorgverlener is en het eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners en patiënt.

Het is belangrijk dat er vaste werkafspraken in de praktijk worden gemaakt. Het schema bij in de hoofdstukken intensieve- en stabiele fase bevatten de taken in het kader van de CVRM. Met deze schema's kan de taakverdeling tussen de betrokken praktijkmedewerkers worden vastgelegd. Het komt er op neer dat in de meeste gevallen de POH het risicoprofiel opstelt, een risicoscore bepaald en de uitkomsten hiervan met de patiënt bespreekt, evenals de effecten van leefstijlveranderingen en medicatie. De HA gaat samen met de geïnformeerde patiënt een behandelplan opstellen. De begeleiding van de uitvoering van het behandelplan wordt door de POH opgepakt. Bij problemen wordt overlegd met of verwezen naar de huisarts.

Het is belangrijk dat er structureel ruimte is voor overleg tussen POH en huisarts, zowel voor patiënten overleg als voor een periodiek beleidsmatig overleg. Praktijken dienen, voor zover zij dat nog niet hebben gedaan, hier zelf werkafspraken over te maken.

Het advies vanuit KZWF is om de volgende boeken aan te schaffen:

- CVRM in de huisartsenpraktijk (2019)
- Protocolaire zorg Chronisch nierschade (2019-2020)

Hierin staan concrete richtlijnen die kunnen ondersteunen bij de organisatie en uitvoering van het CVRM-spreekuur.

7.2 Voorwaarden voor deelname CVRM-keten

Aan deelname zijn de volgende randvoorwaarden verbonden:

- Diagnostiek en uitvoering van de CVRM-zorg volgens het zorgprogramma
- Aanwezigheid van een oproepsysteem en no-show beleid
- Complete en juiste registratie van de indicatoren, volgens de KZWF minimale registratieset CVRM
- STIZON/INSZO contract om gegevens uit het HIS te extraheren en indicatoren digitaal inzichtelijk te maken m.b.v. SAS VA.
- Voldoende POH inzet beschikbaar.
- Er is voldoende specifieke deskundigheid van de huisarts en de praktijkondersteuner aanwezig.
- Alle betrokken zorgverleners hebben goede afspraken gemaakt over taakverdeling en samenwerking.

7.3. Aanmaken van verrichtingen

Ketenzorg wordt als integrale zorg rechtsreeks gefinancierd door de zorgverzekeraar met een integraal DBC-tarief waar de vergoeding voor de geleverde huisartsenzorg een deel van uit maakt.

De onderzoeken en consulten om de diagnose te stellen vallen niet binnen de CVRM Ketenzorg. Deze inspanningen kunnen als consult, dan wel via de Modernisering & Innovatie (M&I-) verrichting gedeclareerd worden. Zodra de CVRM-patiënten in CVRM Ketenzorg zijn geïncorporeerd, kunnen geen consulten en M&I-verrichtingen ten aanzien van de CVRM-zorg door de praktijk worden gedeclareerd. Nieuwe CVRM-patiënten worden vanaf de eerste dag van het nieuwe kwartaal opgenomen in de CVRM Ketenzorg.

Voor patiënten in de keten kan geen M&I ECG worden gedeclareerd, een 24 uursbloeddrukmeting wél.

Onder huisartsenzorg vallen ook zaken die niet direct patiëntgebonden contacten betreffen zoals:

- Management praktijk: oproep- en bewakingsysteem, administratie, materialenbeheer en overzicht patiënten actualiseren.
- Overlegtijd van HA en POH om het behandelbeleid/zorgplan van de patiënt te bespreken en zo nodig te optimaliseren.

- Bespreking spiegelinformatie (minimaal 1 keer per jaar); dit gaat in na het eerste jaar van diagnose. Onderwerpen ter bespreking: kwaliteitsparameters, benchmarkgegevens, casuïstiek, nieuwe ontwikkelingen in de chronische zorg, no show van patiënten.
- Consultatie kaderhuisarts bij vragen of voor overleg.
- Reistijd om de huisbezoeken uit te voeren.

7.4 Informeren en toestemming patiënt

Voordat een patiënt kan deelnemen aan het CVRM zorgprogramma, moet hij geïnformeerd worden over de inhoud van het zorgprogramma. Daarnaast moet hij toestemming geven voor:

- Deelname aan het zorgprogramma.
- Digitale gegevensuitwisseling in het ketenportaal.
- Toestemming voor het gebruik van gepseudonimiseerde routinezorgregistratiegegevens voor het monitoren van de kwaliteit van zorg en wetenschappelijk onderzoek.
- Indien de patiënt akkoord gaat, wordt de patiënt aangemeld bij de ketenzorg CVRM. Uitschrijving van de patiënt kan gedaan worden via het mutatieformulier.

7.5 Oproepsysteem en no-show beleid

Het oproepsysteem en no-show beleid vastleggen zodat alle medewerkers op de hoogte zijn en er eenduidig gewerkt wordt.

Oproepsysteem

Diverse mogelijkheden

- Zet het controlebeleid (NHG code: 2413) in je (digitale)protocol/module.
Je kan lijsten aan de hand van de controlefrequentie (1x pj, 1 x p 3 mnd, 1 x p mnd) maken van patiënten die je gemist hebt of die je moet oproepen.
- Begin van het jaar een lijst uitdraaien van alle keten patiënten:
 - hoofdbehandelaar HA (NHG code: 2815), deelname ketenzorg CVRM (NHG code: 3830).
 - een uitnodiging voor het spreekuur sturen mét een datum en tijd of de praktijkassistente maakt telefonisch een afspraak met de patiënt.
 - Van te voren kijken of lab. aanvraag nodig is en deze meesturen.
- Koppel aan de meetwaarden een geldigheidsduur tot de volgende datum waarop de patiënt voor controle moet komen. Je kan dan later zoeken op verlopen meetwaarden.
- Andere mogelijkheden
 - Medicatiebewaking
 - Excel bestand
 - Patiënt in de geboortemaand uitnodigen

Voor NHG codes zie bijlage 8

No show beleid

Op de website van KZWF vindt u een no-showbeleid met een stroomschema en voorbeeldbrieven.

De procedure en de brieven zijn afgeleid van het no-showbeleid van INEEN. De brieven zijn vereenvoudigd zodat deze ook voor laaggeletterde patiënten zijn te gebruiken.

Het no-showbeleid heeft betrekking op patiënten die (herhaaldelijk) niet verschijnen op achtereenvolgende controleafspraken binnen de ketenzorg; aangeduid als “no-show”. Als een patiënt herhaaldelijk niet verschijnt bij controleafspraken en niet reageert op uitnodigingen voor controleafspraken kan een huisarts de afweging maken om deelname aan het ketenzorgprogramma eenzijdig te beëindigen.

De benodigde stappen om tot een zorgvuldige afweging te komen kunnen per situatie verschillen. De inschatting van de huisarts speelt hierbij een cruciale rol. Een dergelijke afweging is niet alleen afhankelijk van het missen van controleafspraken, maar ook gebaseerd op de kennis van een huisarts over de persoonlijke omstandigheden van de patiënt en zijn/haar omgeving. Een besluit over het beëindigen van deelname aan een ketenzorgprogramma is omgeven met zorgvuldigheidseisen en gericht op het nakomen van de zorgplicht van een huisarts.

Vanwege deze zorgplicht mag van een huisarts worden verwacht dat hij/zij patiënten blijft aanspreken en motiveren om aan het ketenzorgprogramma deel te nemen.

- Stroomschema no show beleid, bijlage 7
- Het Stroomschema no show beleid met de bijbehorende brieven:
<https://www.diabeteszorgsysteem.nl/no-show-beleid/>

7.6 registratie in HIS en ketenportaal

De CVRM registratieset beschrijft een set aan parameters die minimaal benodigd zijn voor een accurate registratie in het HIS bij de CVRM consulten. De set is door KZWF samengesteld waarmee de registratie eenduidiger en inzichtelijker wordt en ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Deze registratiecodes worden gebruikt voor de landelijke benchmark van Ineen, de spiegelinformatie van KZWF en zijn tevens te gebruiken voor de uitspoel van de NHG indicatoren.

Zie bijlage 8: minimale registratieset CVRM

7.7 Indicatoren voor evaluatie en monitoring

Om kwaliteit van zorg te volgen monitort KZWF o.a. indicatoren. KZWF neemt hiervoor als uitgangspunt:

- De 6 tot 8 indicatoren die per keten vanuit InEen zijn vastgesteld voor de landelijke benchmark ketenzorg. De landelijke benchmark indicatoren zijn vastgelegd in samenspraak met de NHG, InEen en ZN.
- De maatwerk indicatoren die door de kaderhuisartsen voor de betreffende zorgprogramma's als belangrijk en actueel zijn betiteld.

Evaluatie van de informatie

Informatie wordt geëvalueerd met drie verschillende partijen, op basis van de bovengenoemde indicatoren

- Jaarlijkse spiegelinformatie naar de huisartspraktijken en bespreking hiervan tijdens de praktijkbezoeken.
- Jaarlijkse anonieme landelijke benchmark van InEen: op basis van de landelijke benchmark indicatoren.
- Jaarlijks anonieme rapportage (InEen) aan de zorgverzekeraar: op basis van de landelijke benchmark indicatoren.

Speerpunten/aandachtspunten

Jaarlijks wordt een aantal speerpunten door de expertteams/bestuur bepaald voor de zorgprogramma's waar dat jaar extra aandacht aan wordt besteed. Deze speerpunten worden gecommuniceerd via de nieuwsbrief en evt. toegelicht tijdens het praktijkbezoek.

Resultaatafspraken 2020-2021 – variabele beloning

Resultaatafspraken zijn aanvullende afspraken op de overeenkomst multidisciplinaire zorg 2020-2021 met de zorgverzekeraar en zijn onderdeel van het ketenzorgcontract.

7.8 Verantwoordelijkheden KZWF

KZWF is ISO-gecertificeerd voor het leveren van ketenzorg Diabetes Mellitus, COPD en CVRM.

De activiteiten van KZWF zijn gericht op de organisatie en ondersteuning van multidisciplinaire samenwerking. Taken zijn oa:

- Een uitwerking van de zorgstandaard (Inhoud & organisatie) naar zorgprogramma. Hierin zijn opgenomen:
 - Taakverdeling
 - Behandelrichtlijnen KZWF
 - Verwijs en terugverwijsafspraken
- Een werkwijze waarin een vertaling wordt gemaakt van het zorgprogramma naar de huisartsen praktijken. Hierin wordt tevens aangegeven of en hoe er verbinding wordt gelegd met relevante andere disciplines.

- Een beheer-, onderhoud-, en optimalisatiecyclus van het zorgprogramma (PDCA). Ook is beschreven hoe wordt omgegaan met aanpassingen in zorgstandaarden en zinvolle innovaties.
- Beschrijving van vereiste scholing van professionals
- Beschreven werkwijze rondom
 - Stimuleren zelfredzaamheid
 - Zorgplan sturing
 - Patiënt communicatie
- Uitvoering geven aan kwaliteitsbeleid conform Ineen kwaliteitsbeleid en voldoen aan onder andere
 - Kwaliteitscyclus
 - Spiegelen
 - Transparantie en inzicht in praktijkvariaties
 - Doelmatigheid. Binnen context van keten gerelateerde NHG standaarden tot doelmatige invulling komen (receptuur, verwijzing, diagnostiek etc.)
 - Invulling geven aan juiste zorg op juiste plek (door juiste hulpverlener)
- Aanwezigheid van juiste ICT structuur (keten informatie systeem)
- Gemandeerd regionaal aanspreekpunt voor ketenpartners en zorgverzekeraar.

KZWF ondersteunt de praktijken bij de voorbereidingen om te kunnen deelnemen middels een implementatietraject. Voorwaarden voor deelname zijn onder meer deelname aan dit implementatietraject en het bijbehorende scholingstraject, minimale beschikbaarheid POH. De deelnemende praktijken zullen minimaal 1 x per jaar bezocht door huisartsondersteuners van KZWF. Doel van dit bezoek is feedback geven aan de hand van de indicatoren, ervaringen bespreken en waar nodig aansturen/adviseren.

KZWF biedt deskundigheidsbevordering aan de huisartspraktijken aan. Deze bestaat uit de scholingen voor POH en huisartsen. KZWF vraagt hiervoor een bijdrage. De inhoud van de scholingen zijn gericht op actuele onderwerpen en kwaliteitsverbetering van de diabeteszorg binnen de zorggroep.

11.2 Scholingen

Zie hiervoor het scholingsplan op de website. Voor informatie: [schulingscoordinator@ketenzorg.nl](mailto:scholingscoordinator@ketenzorg.nl)
Scholing coördinatoren: Susan Rus en Janneke van der Wielen

8. Bronvermelding

Onderstaande bronnen zijn gebruikt bij het tot stand komen van dit zorgprogramma:

- NHG standaard CVRM (2019)
- Praktische handleiding bij de NHG standaard CVRM (2019)
- CVRM in de huisartsenpraktijk (2019)
- Uitwerking inkoopbeleid multidisciplinaire zorg 2020
- <https://www.artsenwijzerdietetiek.nl/>

Bijlage 1. Risicoschatting met behulp van risicotabel

SCORE tabel

Tabel 2 scoretabel (zonder preventieve medicatie)

Zeer hoog risico
Hoog risico
Laag tot matig verhoogd risico

Vrouwen

Leeftijd	Bloed-druk	Niet-rookster						Rookster						Sterfte Ziekte + sterfte
		4 15-18	5 18-21	6 21-25	7 25-30	8 30-35	10 37-44	8 30-34	9 33-40	11 39-46	12 46-54	15 >50	18 >50	
65	180	3	3	4	5	6	7	6	6	7	9	11	13	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	2	2	3	3	4	5	4	5	5	6	8	9	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	2	2	2	2	3	4	3	3	4	5	6	7	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Sterfte Ziekte + sterfte
60	180	2	3	3	4	5	6	4	5	6	7	8	10	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	2	2	2	3	3	4	3	3	4	5	6	7	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	1	1	2	2	2	3	2	2	3	4	4	5	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	1	1	1	1	2	2	1	1	2	3	3	4	Sterfte Ziekte + sterfte
55	180	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	4	6	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	Sterfte Ziekte + sterfte
50	180	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	<1	<1	<1	<1	1	1	<1	1	1	1	1	1	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	2	2	Sterfte Ziekte + sterfte
45	180	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	0	0	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte Ziekte + sterfte
		3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	
						TC-HDL-ratio								

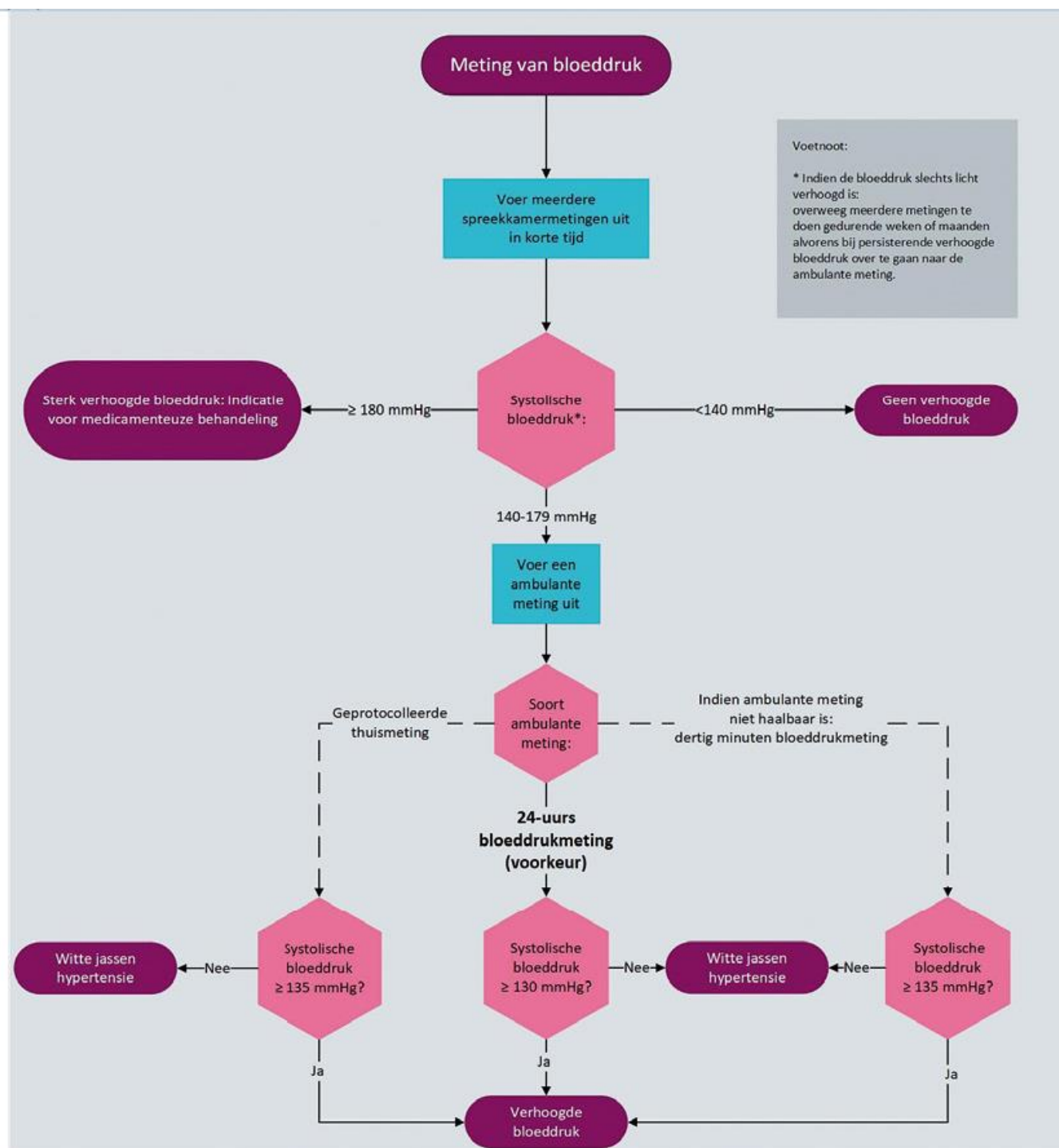
In de valgie staat het tienjaarssterfterisico als gevolg van hart- en vaatziekten, evenals een indicatie van het risico op ziekte plus sterfte.

Mannen

Leeftijd	Blood-druk	Niet-rookster						Rookster						Sterfte Ziekte + sterfte
65	180	7 22-28	8 26-33	10 31-39	12 37-48	15 45-58	18 > 50	13 40-51	15 47-60	18 > 50	21 > 50	26 > 50	31 > 50	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	5 15-20	6 18-23	7 22-28	9 27-34	11 33-42	13 41-53	9 29-37	11 34-43	13 40-52	16 49-62	19 > 50	23 > 50	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	3 11-14	4 13-17	5 16-20	6 19-25	8 24-30	10 30-38	7 20-26	8 24-31	9 29-37	11 35-45	14 44-56	17 > 50	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	2 8-10	3 9-12	4 11-14	4 14-18	5 17-22	7 22-28	5 14-18	5 17-22	7 21-27	8 25-32	10 32-40	13 39-50	Sterfte Ziekte + sterfte
60	180	4 16-20	5 19-24	6 23-29	8 28-36	10 35-45	12 44-56	8 30-38	10 35-45	12 43-54	15 > 50	18 > 50	22 > 50	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	3 11-14	4 14-17	5 16-21	6 20-26	7 25-32	9 32-40	6 21-27	7 25-32	9 31-39	11 37-47	13 45-58	16 > 50	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	2 8-10	3 10-12	3 12-15	4 14-18	5 18-23	6 23-29	4 15-19	5 18-23	6 22-28	8 27-34	9 33-42	12 42-53	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	2 6-7	2 7-9	2 8-11	3 10-13	4 13-16	5 16-21	3 11-13	4 13-16	4 16-20	5 19-24	7 24-30	9 30-38	Sterfte Ziekte + sterfte
55	180	3 11-13	3 13-16	4 16-20	5 19-25	6 24-31	8 30-39	5 19-25	6 24-30	8 29-37	9 36-45	12 44-56	15 > 50	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	2 7-9	2 10-11	3 11-14	4 14-17	5 17-22	6 22-28	4 14-18	4 17-22	5 21-26	7 26-33	8 32-41	11 40-51	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	1 5-7	2 6-8	2 8-10	3 10-12	3 12-16	4 16-20	3 10-13	3 12-15	4 15-19	5 18-23	6 23-29	8 29-37	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	1 4-5	1 4-5	1 6-7	2 7-9	2 9-11	3 11-14	2 7-9	2 9-11	3 10-13	3 13-17	4 16-21	5 21-27	Sterfte Ziekte + sterfte
50	180	2 6-8	2 8-10	2 10-12	3 12-15	4 15-19	5 20-25	3 12-16	4 15-19	5 18-23	6 23-29	7 28-36	9 36-45	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	1 4-6	1 6-7	2 7-9	2 9-11	3 11-14	4 14-18	2 9-11	3 10-13	3 13-16	4 16-20	5 20-26	6 26-33	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	1 3-4	1 4-5	1 5-6	2 6-8	2 8-10	3 10-13	2 6-8	2 7-9	2 9-12	3 11-15	4 15-18	5 19-24	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	1 2-3	1 3-4	1 3-4	1 4-6	1 5-7	2 7-9	1 4-5	1 5-7	2 7-8	2 8-10	3 10-13	3 13-17	Sterfte Ziekte + sterfte
45	180	1 4-5	1 5-6	1 6-7	2 7-9	2 9-11	3 12-15	2 7-9	2 9-11	2 11-13	3 13-17	4 17-21	5 22-27	Sterfte Ziekte + sterfte
	160	1 3-3	1 3-4	1 4-5	1 5-6	2 7-8	2 8-11	1 5-6	1 6-8	2 8-10	2 10-12	3 12-15	4 16-20	Sterfte Ziekte + sterfte
	140	< 1 2-2	1 2-3	1 3-4	1 4-5	1 5-6	1 6-8	1 4-4	1 4-5	1 5-7	2 7-9	2 9-11	3 11-14	Sterfte Ziekte + sterfte
	120	< 1 1-2	< 1 2-2	< 1 2-3	1 3-3	1 3-4	1 4-5	1 2-3	1 3-4	1 4-5	1 5-6	1 6-8	1 8-10	Sterfte Ziekte + sterfte
		3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	
		TC-HDL-ratio						TC-HDL-ratio						

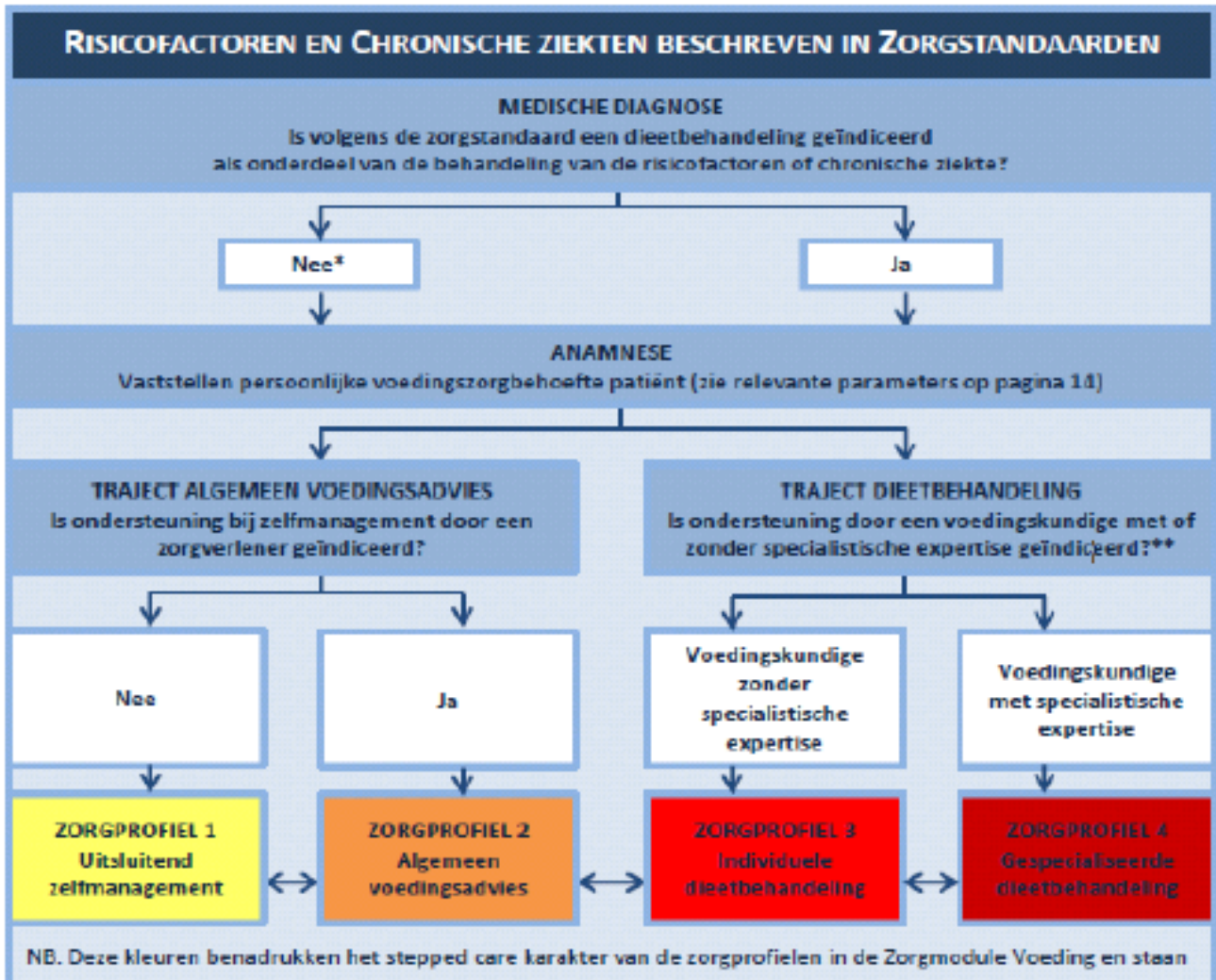
Zie behandelrichtlijn risicoprofilering KZWF: <https://www.ketenzorgwf.nl/zorgprogrammas/>

Bijlage 2. Stroomdiagram bloeddrukmeten



Bijlage 3. Zorgmodule voeding

De Zorgmodule voeding is eind 2012 in opdracht van VWS en onder leiding van het Partnerschap overgewicht Nederland (PON) ontwikkeld. De Zorgmodule is een ziekte overstijgende module. Ze maakt deel uit van alle zorgstandaarden, waarin het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag onderdeel van de behandeling vormt. Het geeft inzicht in welke niveaus van voedingszorg er zijn en wat nodig is voor adequate voedingszorg geleverd door zorgverleners met de juiste competenties.



Zorgmodule voeding:

<https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-zorgmodule-leefstijl-voeding-samenvatting>

Bijlage 4. Afspraken cardiologie Dijklanderziekenhuis en Ketenzorg West-Friesland

A. STATUS NA PCI/CABG/MI

1. Verwijscriteria:

a. Verwijzing van huisarts naar cardioloog

- volgens de richtlijn NHG standaard “Acuut coronair syndroom”

b. Terugverwijzing naar huisarts

In principe 12 maanden na het event bij patiënten:

- Met goede LV functie
- Zonder rest ischemie (bij stabiele AP NYHA I – II na 1 jaar terug naar huisarts)
- Zonder matig-ernstig kleplijden
- Die geen ernstige ritmestoornissen > 24 uur post-infarct hebben gehad
- Waarbij geen problemen worden ondervonden bij het instellen van adequate secundaire preventie maatregelen.

2. Informatieoverdracht bij terug verwijzing naar eerste lijn:

Kort na ontslag uit poliklinische controle ontvangt de huisarts een ontslagbrief met daarin onder meer:

- Het verzoek aan de huisarts om de controles over te nemen.
- ECG bij ontslag
- Het verwachte beloop
- Medicatie
 - Voor 3 maanden voor geschreven
 - Overzicht van de medicatie met gebruiksduur
- Resultaat hartrevalidatie

3. Voorlichting aan patiënt

- De cardiologen vertellen de patiënt dat de controles worden overgenomen door de huisartsenpraktijk.
- Patiënt neemt binnen 6 weken contact op met de huisartsenpraktijk.
- Zo nodig neemt de huisartsenpraktijk binnen 3 maanden contact op met de patiënt.
- Bij klachten neemt de patiënt contact op met de huisartsenpraktijk.

4. Medicatie:

De recepten voor herhaalmedicatie worden verzorgd door de arts waar de patiënt onder controle is:

- Zolang de patiënt onder controle is bij de cardiologen verzorgt de poli cardiologie de recepten voor herhaalmedicatie
- Bij terug verwijzing naar de 1^e lijn zorgt de poli cardiologie voor een recept voor de eerste 3 maanden na het beëindigen van de controles aldaar.
- Bij ontslag uit poliklinische controle is de standaard statine therapie simvastatine 40 mg, behalve in het geval van een sterk verhoogd cardiovasculair risico.
- Bij het voorschrijven wordt gebruik gemaakt van het “West-Fries Formularium” (in ontwikkeling)

5. Procesafspraken:

- Zolang de patiënt onder controle is van de cardiologen ontvangt de huisartsen praktijk jaarlijks een bericht hierover.
- Na de laatste poli controle ontvangt de huisarts binnen 2-4 weken een brief.
- Indien de patiënt 6 weken na ontslag nog geen contact heeft gezocht met de praktijk voor een afspraak of zijn gemaakte afspraak niet nakomt zal de huisartsenpraktijk contact opnemen. Voor de eerste

controle op de huisartsenpraktijk wordt het LDL gecontroleerd. Het lab-formulier meegeven bij het maken van de afspraak.

6. Consultatie:

- De cardiologen zijn beschikbaar voor telefonisch overleg.

B. STATUS NA STABIELE AP

1. Terugverwijzing naar huisarts

Patiënten met stabiele angina pectoris kunnen in de eerste lijn worden gecontroleerd en behandeld mits:

- NYHA I – II (onder adequate therapie)
- Redelijke LV-functie
- Op korte termijn (2 jaar) geen interventie wordt verwacht.

Bijlage 5. Afspraken neurologie Dijklanderziekenhuis, Omring en Ketenzorg West-Friesland

A. BEROERTE/TIA

Patiënten die na klinische opname of na de TIA-service naar huis worden ontslagen en waarbij de huisartsenpraktijk de CVRM-zorg overneemt.

1. Verwijscriteria:

- Verwijzing van huisarts naar neuroloog:
 - Volgens de richtlijnen NHG-standaard “Beroerte” en regionale werkafspraken beroerte Huisartsenpost West-Friesland.

- Terugverwijzing naar de huisarts:
 - Na een beroerte zijn patiënten opgenomen op de afdeling neurologie. Patiënten worden ontslagen naar een revalidatiecentrum, een revalidatie-afdeling in een verpleeghuis (GRZ) of direct naar huis. De afspraken die hierna volgen betreffen de patiënten die vanuit het WFG naar huis worden ontslagen en voor de patiënten van de TIA-service
 - Met het cardiovasculair risicomanagement (CVRM) wordt tijdens de opname gestart, bij een ischemische beroerte is dit een trombocytten aggregatie-remmer en in de meeste gevallen ook een statine. Deze behandeling wordt in de huisartsenpraktijk voortgezet. Antihypertensiva worden meestal niet tijdens de korte opname in het ziekenhuis gestart, maar later in de huisartsenpraktijk. Na ontslag naar huis zal de patiënt binnen drie maanden op het CVRM spreekuur van de huisartsenpraktijk worden gezien. Binnen 1 maand na ontslag is er een controle op de poli neurologie door een CVA-verpleegkundige, deze houdt zich niet bezig met CVRM, maar met de latere gevolgen van het CVA. Zij draagt de patiënt vervolgens hiervoor over aan een gespecialiseerd verpleegkundige neurologie van de Omring

- Doorverwijzing gespecialiseerd verpleegkundige neurologie van de Omring:
De gespecialiseerd verpleegkundige neurologie van de Omring neemt contact op met alle patiënten die naar huis zijn ontslagen.

2. Informatieoverdracht bij terug verwijzing naar eerste lijn:

Kort na ontslag uit ziekenhuis ontvangt de huisarts een ontslagbrief met daarin onder meer:

1. Het verzoek aan de huisarts om het CVRM te starten of voort te zetten
2. De diagnose en het verwachte beloop
3. Streefwaarde LDL
4. Medicatie
 1. Voor 3 maanden voorgeschreven
 2. Overzicht van de medicatie met gebruiksduur

3. Voorlichting aan patiënt:

1. De neurologen vertellen de patiënt dat de controles worden overgenomen door de huisartsenpraktijk.
2. De CVA-verpleegkundige op de poli neurologie vertelt de patiënt dat een gespecialiseerd verpleegkundige neurologie van de Omring binnenkort contact zal opnemen.
3. Patiënt neemt binnen 6 weken contact op met de huisartsenpraktijk.
4. Zo nodig neemt de huisartsenpraktijk binnen 3 maanden contact op met de patiënt.
5. Bij klachten neemt de patiënt contact op met de huisartsenpraktijk.

4. Medicatie:

Ischemisch CVA/TIA:

1. Bij ontslag en terugverwijzing naar de 1e lijn zorgt de neuroloog voor een recept voor de eerste 3 maanden.

2. Anti-lipiden:

Bij ontslag is de standaard statine-therapie simvastatine 40 mg. Afhankelijk van de leeftijd en conditie van de patiënt is de streefwaarde van het LDL < 2,6 of < 1,8. Bij de keuze van de statine en de dosering houdt de neuroloog rekening met de te bereiken LDL-daling. In de praktijk zal een intensieve lipiden behandeling met bijvoorbeeld rosuvastatine of atorvastatine vaak nodig zijn.

De nieuwe NHG CVRM-standaard adviseert een LDL-streefwaarde < 1,8 alleen bij patiënten met een ischemisch CVA die jonger zijn dan 70 jaar. Op dit punt wijkt de NHG-standaard af van de Europese CVRM-richtlijn en de richtlijn van de Nederlandse neurologen die hiervoor geen leeftijdsgrens hanteren.

De neurologen uit het WFG zullen bij hun advies over de streefwaarde van het LDL rekening houden met de kwetsbaarheid en levensverwachting van de patiënt maar geen leeftijdsgrens hanteren. Bij zeer kwetsbare patiënten kan ook overwogen worden helemaal geen statine voor te schrijven.

Geen statine bij een TIA of herseninfarct wanneer het zeker is dat er geen sprake is van atherosclerose zoals bij een dissectie, patent foramen ovale of alleen atriumfibrilleren.

1. Thrombocyten aggregatie remmers:

Bij ontslag is de standaard trombocyten aggregatie remmer clopidogrel 75 mg 1x daags, 2e keus acetylsalicylzuur 100 mg 1x daags in combinatie met dipyridamol 200 mg 2x daags en 3e keuze alleen acetylsalicylzuur.

2. PPI:

Bij ontslag op indicatie pantoprazol 40 mg 1 x daags.

3. Antistolling:

Bij Atriumfibrilleren (non-valvulair) start de neuroloog met een DOAC, 1e keus Rivaroxaban. Patiënt wordt vervolgens aangemeld bij de AF-poli van de cardiologen, die de behandeling overnemen tot terugverwijzing naar huisarts.

Bij een cardiale emboliebron anders dan non-valvulair AF of bij contra-indicaties voor een DOAC, start de neuroloog met een vitamine K-antagonist. Afhankelijk van de grote van het infarct wordt antistolling na 5-7 dagen of na 2 weken gestart.

4. Antihypertensiva:

De behandeling met antihypertensiva wordt pas gestart als de patiënt neurologisch en medisch stabiel is, in de praktijk vaak in week 2 na het CVA en zo nodig in de huisartsenpraktijk. Streefwaarde is 140/90 in de spreekkamer gemeten en 135/85 voor een bloeddruk die ambulante is gemeten (daggemiddelde) of op de praktijk door 30 minuten meting.

Voor de behandeling van hypertensie in de huisartsenpraktijk worden de richtlijnen uit de CVRM-standaard gevolgd.

Bloedig CVA:

5. Alleen antihypertensieve therapie zoals bij het ischemisch CVA/TIA.

5. Procesafspraken:

6. Na ontslag/terugverwijzing ontvangt de huisarts binnen 2 weken een brief.
7. Indien de patiënt 6 weken na ontslag nog geen contact heeft gezocht met de huisartsenpraktijk voor een afspraak of zijn gemaakte afspraak niet nakomt zal de huisartsenpraktijk contact opnemen.
8. Voor de eerste controle op de huisartsenpraktijk wordt het LDL gecontroleerd. (geef lab-formulier mee bij het maken van de afspraak).
9. De gespecialiseerd verpleegkundige neurologie van de Omring geeft aan betreffende huisarts door welk traject er is ingezet; telefonisch contact, huisbezoek of geen behoefte aan contact en of er behandeling of WMO diensten worden ingezet ter ondersteuning van de patiënt.
10. Communicatie tussen de Omring en huisarts verloopt telefonisch of via Zorgring e-mail.

6. Consultatie:

1. De neurologen zijn beschikbaar voor telefonisch overleg.
2. De gespecialiseerd verpleegkundige neurologie van de Omring is bereikbaar voor overleg (Telefoonnummer 0229-709030, e-mail: tztneurologie@omring.nl)

Bijlage 6. Afspraken vaatchirurgie Dijklanderziekenhuis en Ketenzorg West-Friesland

PERIFEER ARTERIEEL VAATLIJDEN

1. Definities:

- a. acute ischemie:
 - pijn in rust, afwezige pulsaties, veranderde kleur en temperatuur (van de voet), doof gevoel en/of spierzwakte op basis van een acute perfusiestoornis van een voet of onderbeen
- b. chronisch obstructief vaatlijden:
 - claudicatio intermittens: pijn tijdens het lopen in de beenspieren (bil, dijbeen, kuit), die na rust binnen 10 minuten volledig verdwijnt en opnieuw optreedt bij inspanning.
 - kritieke ischemie: pijnklachten aan voet of been in rust en/of trofische stoornissen

Diagnostiek en behandeling vinden zoveel mogelijk plaats in de eerste lijn. Huisartsenpraktijken kunnen een EAI zelf uitvoeren of dit uitbesteden aan het vaatlab (directe toegankelijkheid). Voor de behandeling van claudicatio intermittens wordt verwezen naar een gecertificeerd fysiotherapeut voor gesuperviseerde looptraining van 6 maanden (GLT).

2. Diagnostiek door vaatlab perifeer arterieel vaatlijden (DCWF):

- Als een bepaling van de enkel-armindex nodig is die niet in eigen beheer kan worden uitgevoerd.
- Bij een gemiddelde enkel-armindex van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose.
- Bij patiënten met diabetes mellitus en een vermoeden van perifeer arterieel vaatlijden.
- HA geeft aan patiënt een ingevuld aanvraagformulier mee en patiënt maakt zelf een afspraak.

3. Verwijzing naar de vaatchirurg:

- a. Spoedverwijzing naar de vaatchirurg:
 - Telefonisch met dienstdoende arts-assistent of vaatchirurg via huisartsenspoedlijn 0229-257448.
 - Vermoeden van acute arteriële afsluiting.
- b. Snelle verwijzing naar de vaatchirurg:
 - Zorgdomein: verkorte toegangstijd, max 3 dagen.
 - Vermoeden van kritieke ischemie.
- c. Reguliere verwijzing naar de vaatchirurg:
 - Zorgdomein; combinatieafspraak claudicatio intermittens.
 - Claudicatio intermittens met snelle progressie van de klachten.
 - Claudicatio intermittens met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining.
 - Bij blijvende verdenking en onduidelijke diagnostiek.

4. Informatieoverdracht bij verwijzing naar vaatchirurg:

- Anamnese: ontwikkeling van de klachten.
- Bevindingen lichamelijk onderzoek.
- Uitslag EAI.
- Relevante lab-uitslagen (indien niet via DCWF)
- Relevante co morbiditeit (bijv. ernstig COPD, Hartfalen, Artrose).
- Relevante voorgeschiedenis.
- Actuele medicatie.

5. Consultatie vaatchirurg:

- In geval van twijfel bestaat de mogelijkheid telefonisch te overleggen met de vaatchirurg. (via huisartsenspoedlijn 0229-257448)

6. Terug verwijzing naar huisartsenpraktijk:

- Claudicatio intermittens en een met succes afgeronde looptraining.
- In geval operatief ingrijpen niet tot een te verwachte verhoging van de kwaliteit van leven zal leiden (bijv. bij ernstige mobiliteitsbeperkende andere factoren)
- Stabiele patiënt na operatief ingrijpen.

7. Informatieoverdracht bij terug verwijzing naar eerste lijn:

Binnen 2 weken na ontslag uit poliklinische controle ontvangt de huisarts een ontslagbrief met daarin onder meer:

- Het verzoek aan de HA om de controles over te nemen.
- De uitgevoerde diagnostiek en de diagnose.
- Eventuele operatie of percutane behandeling.
- Overige (niet-)medicamenteuze behandeling (bijv. loopadvies).
- Het verwachte beloop.
- Medicatie.
 - Voor 3 maanden voorgeschreven
 - Overzicht van de medicatie met gebruiksduur

8. Voorlichting aan patiënt:

- De vaatchirurgen vertellen de patiënt dat de controles worden overgenomen door HA-praktijk.
- Patiënt neemt binnen 6 weken contact op met de HA-praktijk.
- Als de patiënt geen contact heeft opgenomen, neemt de HA-praktijk binnen 3 maanden contact op met de patiënt.
- Bij klachten neemt de patiënt contact op met de HA-praktijk.

9. Medicatie:

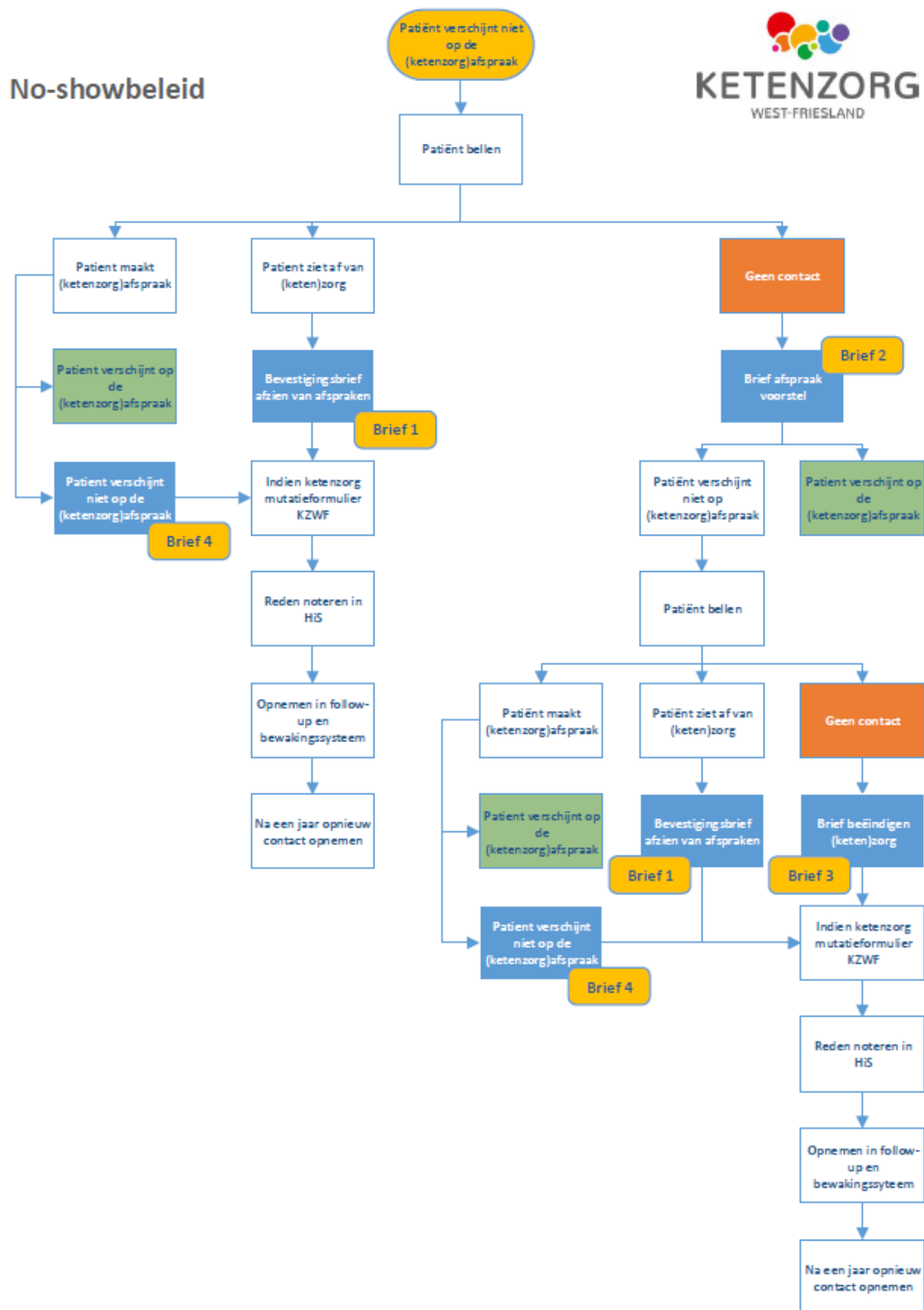
De recepten voor herhaalmedicatie worden verzorgd door de arts waar de patiënt onder controle is:

- Zolang de patiënt onder controle is bij de vaatchirurgen verzorgt de poli de recepten voor herhaalmedicatie.
- Bij terug verwijzing naar de 1^e lijn zorgt de poli voor een recept voor de eerste 3 maanden na het beëindigen van de controles aldaar.
- Bij ontslag uit poliklinische controle is de standaard statine therapie atorvastatine 40 mg (ivm sterk verhoogd CVR bij symptomatisch vaatlijden)
- Standaard plaatjesremmer is clopidogrel of acetylsalicylzuur.

10. Procesafspraken:

- Zolang de patiënt onder controle is van de vaatchirurgen ontvangt de HA-praktijk jaarlijks een (kort) bericht hierover.
- Na de laatste policontrolen ontvangt de HA binnen 2-4 weken een brief.
- Indien de patiënt 6 weken na ontslag nog geen contact heeft gezocht met de praktijk voor een afspraak of zijn gemaakte afspraak niet nakomt zal de HA-praktijk contact opnemen binnen 3 maanden.
- Voor de eerste controle op de HA-praktijk wordt het LDL gecontroleerd. (lab-formulier mee bij het maken van de afspraak)

Bijlage 7. No showbeleid



De bijbehorende no-show brieven zijn te downloaden via www.diabeteszorgsysteem.nl

Bijlage 8. Minimale registratieset CVRM consult 2022

Wijzigingen registratie:

- Bij het tot stand komen van het kwaliteitsbeleid ZWF 2022-2023 is afgesproken om het “vinken” zoveel mogelijk te beperken, achter veel indicatoren staat om die reden “optioneel”
- Om de zorgprogramma’s te integreren en dubbel registratie te voorkomen is het advies om voor patiënten met atriumfibrilleren en per 1 oktober 2022 hartfalen het CVRM/DM protocol te gebruiken met daarbij een paar indicatoren in het AF/HF protocol. Is het mogelijk om die ook aan het CVRM/DM protocol toe te voegen, dan heeft dat de voorkeur.
- **Blauw: wijzigingen per 1 oktober 2022**

Registratieset CVRM-AF-HF				
Hoofdbehandelaar CVRM	2815	CVHB KZ	Eenmalig en bij wijzigingen	
Hoofdbehandelaar Atriumfibrilleren	3451	AFHB KZ	Eenmalig en bij wijzigingen	Protocol AF
Hoofdbehandelaar Hartfalen	3016	DCHB AZ	Eenmalig en bij wijzigingen	Protocol HF
Deelname ketenzorg CVRM	3830	CVKZ KZ	1=ja, 2=nee	
Controlebeleid preventie HVZ	2413	HVCB KZ	Eenmalig en bij wijzigingen, Optioneel	
Reden geen programmatische zorg, preventie HVZ	2414	HVRZ KZ	Optioneel Alleen invullen als bij controlebeleid (2413) “geen programmatische zorg” is geregistreerd	
Lichamelijk onderzoek				
BMI patiënt	1272	QUET AO	Jaarlijks	
Polsfrequentie	1875	POLS AO	jaarlijks	
Polsritme	2102	POLR AO	Jaarlijks (regulier, irregulier)	
Oedeem	3007	POED LE	Jaarlijks (ja, nee, onduidelijk)	
Tekenen van hartfalen	1644	DETK KQ	Jaarlijks (ja, nee, onduidelijk)	
Systolische/diastolische bloeddruk (1 van onderstaande 4 methoden)			Jaarlijks	
Systolische bloeddruk (spreekkamer)	1744	RRSY KA		
Diastolische bloeddruk (spreekkamer)	1740	RRDI KA		
Systolische bloeddruk (thuismeting)	2055	RRSY KA MH		
Diastolische bloeddruk (thuismeting)	2056	RRDI KA MH		
Systolische bloeddruk (gemiddelde 24 uren meting)	2659	RRGS KA MH		
Diastolische bloeddruk (gemiddelde 24 uren meting)	2660	RRGD KA MH		
Systolische bloeddruk (30 meting)	3336	RR3S KA		
Diastolische bloeddruk (30 meting)	3337	RR3D KA		
Roken	1739	ROOK AQ	Eenmalig bij nooit rokers. Jaarlijks bij rokers en voorheen rokers.	
Atriumfibrilleren				
Auscultatie hart	2060	AUSC KH	Jaarlijks (normaal, afwijkend, onduidelijk)	Protocol AF
CHAD2SVASc score	3657	CHVA AZ	Jaarlijks bij geen antistolling	Protocol AF

Type atriumfibrilleren	3656	AFTY KH	Eerste aanval (513), paroxismaal (373), persistierend (515), permanent (516)	Protocol AF
Hartfalen				
NYHA klasse	2722	DCER KQ	Ernst klachten hartfalen (NYHA) 331 kl.I: geen klachten (meer) bij normale fys. activ. 332 kl.II: klachten bij normale fysieke activ. 333 kl.III: klachten bij minder dan normale fys.acti. 334 kl.IV: klachten bij elke inspanning of in rust	Protocol HF
Type hartfalen		ICPC	omschrijving	
HFpEF		K77.03	hartfalen met een behouden linkerventrieklejectiefractie	
HFmrEF en HFrEF		K77.04	hartfalen met een matige of verminderde linkerventrieklejectiefractie	
Optioneel				
Alcoholgebruik (1 van onderstaande 2 methoden)				
Alcoholgebruik	1591	ALCO PQ		
five shot vragenlijst	2423	5 SHT PQ		
Voedingspatroon (1 van onderstaande 2 methoden)				
Bijzonderheden voedingspatroon	2718	BZVD AA		
Opmerkingen bijzonderheden voedingspatroon	2138	BYVD AA		
Zoutinname is voldoende beperkt	3920	ZOBE AQ		
Bespreken lichaamsbeweging of Lichaamsbeweging volgens beweegrichtlijn 2017	3239 3958	NNGB AQ BWRL AQ	Is indicator landelijke benchmark HVZ/VVR	
Therapietrouw	2198	HVTM KQ		
Hartvaatziekten in naaste fam.	3238	HF65 KQ	Eenmalig en bij wijzigingen	