

Multidisciplinair zorgprogramma

Cardio Vasculair Risico Management
in de huisartsenpraktijk



hadoks

Multidisciplinair zorgprogramma CVRM

In deze vernieuwde praktische handleiding hebben wij de twee Hadoks-zorgprogramma's CVRM HVZ en CVRM VVR samengevoegd tot één document.

In het document staan verschillende links naar andere documenten/websites. Daar waar de tekst oranje is en onderstreept kan er middels de ctrl-toets en de muis op geklikt worden.

CVRM-HVZ: zeer hoog risico

Patiënten met eerder vastgestelde hart- of vaatziekte (onder andere acuut coronair syndroom; angina pectoris; coronaire revascularisatie; TIA of beroerte; aorta-iliofemorale atherosclerose; aortaaneurysma; claudicatio intermittens of perifere revascularisatie).

CVRM-VVR: hoog risico

Patiënten met een hoog risico op het krijgen van HVZ (onder andere patiënten met hypertensie en/of hypercholesterolemie).

1. Wat is het doel de zorgprogramma's CVRM?

Het doel van dit zorgprogramma is het bevorderen van een optimale ketenzorg behandeling van patiënten met een (zeer) hoog risico op sterfte door hart- en vaatziekten (HVZ). Hierdoor kan het risico op eerste of nieuwe ziekte door HVZ en het risico op complicaties en sterfte als gevolg van HVZ worden verminderd. Hierin spelen de praktijkondersteuner en de huisarts een centrale rol. Samen met de patiënt wordt een individueel plan gemaakt en wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt maximaal gestimuleerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de sociale kaart in de wijk waar indien nodig de patiënt op geattendeerd/ verwezen wordt (leefstijlinterventie wijkgericht).

Wanneer kan ik als praktijk deelnemen aan de zorgprogramma's CVRM?

- Voor start DBC CVRM-HVZ of CVRM-VVR heeft de praktijk middels dossieronderzoek vastgesteld wie in aanmerking komt voor inclusie in de keten.
- Er zijn voldoende POH uren ter beschikking.
- De praktijkondersteuner en huisarts hebben voldoende kennis op het gebied van CVRM (aandoening, medicatie).
- De huisarts en praktijkondersteuner hebben gestructureerd werkoverleg.
- De streefwaarden volgens de Ineen procesindicatoren CVRM-HVZ en/of CVRM-VVR zijn uiterlijk een half jaar na aanvang DBC behaald.
- De gespecialiseerd verpleegkundige geeft de POH 2-4 uur training on the job.

2. Welke patiënt kan ik includeren in de zorgprogramma's CVRM?

CVRM HVZ: zeer hoog risico

Patiënt voldoet aan de onderstaande criteria:

- Patiënt stemt in met deelname ketenzorg
- Huisarts is hoofdbehandelaar
- Patiënt ≥ 18 jaar
- En één van onderstaande ICPC-coderingen:

K74	Angina pectoris (incl. subcategorieën instabiel AP en stabiele AP)
K75	Acuut myocardinfarct
K76	Ischemische hartziekten (IHZ)
K76.01	Coronairsclerose
K76.02	Myocardinfarct
K89	TIA, retinale trombose
K90.02	Intracerebrale bloeding
K90.03	Cerebrovasculair accident (CVA), niet bloedig
K91	Atherosclerose
K92.01	Claudicatio intermittens, Perifeer arterieel vaatlijden
K99.1	Aneurysma aorta

CVRM VVR: Hoog risico

Patiënt voldoet aan de onderstaande criteria:

- Patiënt stemt in met deelname ketenzorg
- Huisarts is hoofdbehandelaar
- Patiënt ≥ 18 jaar
- En één van onderstaande ICPC-coderingen:

K86	Hypertensie zonder orgaanbeschadiging en medicatie daarvoor (indicatie volgens NHG standaard)
K87	Hypertensie met orgaanbeschadiging en medicatie daarvoor (indicatie volgens NHG standaard)
T93	Hypercholesterolemie en medicatie daarvoor (indicatie volgens NHG standaard)
< 70 jaar EN risico geel of rood op basis van een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none">• Ernstige chronische nierschade: GFR < 30 ml/min/1.73 m², of GFR 30-45 ml/min/1.73 m² met ACR > 3 mg/mmol, of GFR 45-60 ml/min/1.73 m² met ACR 30 > mg/mmol.• Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder cholesterol > 8 mmol/l of bloeddruk $\geq 180/110$ mmHG• Matige chronische nierschade: GFR 30-45 ml/min/1.73 m² met ACR ≤ 3 mg/mmol, of GFR 45-60 ml/min/1.73 m² met ACR 3-30 mg/mmol of GFR > 60 ml/min/1.73 m² met ACR > 30 mg/mmol.	
Indicatie voor medicamenteuze behandeling bij hypertensie (C02, C03, C07, C08 en/of C09) en bij hypercholesterolemia T93 (en/of C10) volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM).	

Welke patiënt kan niet deelnemen aan de zorgprogramma's CVRM?

- Patiënten met deelname aan zorgprogramma diabetes mellitus type 2
- Patiënten met hart- en vaatziekten waarvoor behandeling in de 2e lijn
- Patiënten welke reeds deelnemen aan het zorgprogramma voor kwetsbare ouderen.
- Patiënten welke zijn opgenomen in een verpleeghuis
- Patiënten die door co-morbiditeit niet deel kunnen nemen aan het zorgprogramma
- Patiënt wil/ kan niet
- Andere oorzaak/oordeel huisarts

3. Zorgproces

Leefstijladvies

De kern van het zorgprogramma CVRM is leefstijlinterventie, hiervoor is het wenselijk dat de patiënten in de zorgprogramma's open staan voor interventies. De praktijkondersteuner ondersteunt de patiënt in het proces tot zelfmanagement met betrekking tot de leefstijlfactoren voor CVRM.

Medicamenteuze behandeling

Voor de zeer hoog risico patiënten is, naast het leefstijladvies, medicamenteuze therapie meestal aangewezen. Bij de hoog risico patiënten staat leefstijladvies centraal, eventueel kan aanvullend medicamenteuze behandeling worden overwogen.

Zie voor meer informatie [Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid](#) uit de Praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM.

4. Diagnostiek

De diagnostiek van CVRM gaat conform de [NHG standaard Cardiovasculair Risicomanagement](#).

5. Verwijzing tweedelij

- Bij onvoldoende bereiken van de streefwaarde LDL-cholesterol bij een patiënt met hoge recidiefkans op hart- en vaatziekten (zoals bij uitgebreid progressief vaatlijden of familiale hypercholesterolemie): tele-consultatie naar vasculair internist
- Bij aanhoudend lage eGFR bij start van een ACE-remmer, ARB of aldosteronantagonist: tele-consultatie naar internist-nefroloog
- Bij therapieresistente hypertensie: overweeg verwijzing naar vasculair internist

6. Controles in de huisartsenpraktijk

6.1. Chronische zorg protocol

Hadoks maakt voor de zorgprogramma's gebruik van op maat gemaakte protocollen binnen de beschikbare HIS-en. De patiënt (met de juiste ICPC, hoofdbehandelaar huisarts en deelname ketenzorg 'Ja') wordt in het HIS geïncludeerd voor het Chronische zorg protocol.

Voor het verwijzen naar ketenpartners of het registreren maak je gebruik van VIPLive. Meer informatie over het gebruik van VIPLive is [hier](#) terug te vinden.

De drie pijlers waarop het gebruik van VIPLive gebaseerd is, zijn:

1. Consultregistratie
2. Communicatie ketenpartners
3. Declaratie

Voor een uitgebreide handleiding over het gebruik van het Chronische zorg protocol zie de [Vip Live Q&A pagina](#) en klik onder het kopje 'Hoe vind ik de protocollen voor mijn HIS' op de betreffende HIS. Voor ondersteuning stuur een email naar: chronischezorg@hadoks.nl. Voor overige VIPLive vragen bel de helpdesk van VIPLive www.viplive.nl of op 088 528 1020.

6.2. Individueel zorgplan

Naast de inclusiecriteria conform Ineen voert Hadoks hieraan toe het gebruik van een individueel zorgplan (IZP). Het IZP vormt de rode draad van de begeleiding aan de patiënt en geeft inzicht in de gewenste doelen van de patiënt. De praktijkondersteuner heeft ter realisatie van de doelen de mogelijkheid om het wijknetwerk hiervoor te gebruiken en indien gewenst de patiënt door te verwijzen naar ketenpartners.

In het IZP staat belangrijke informatie voor de patiënt zelf waaronder:

- Welke doelen voor de CVRM-zorg met de patiënt zijn afgesproken
- Welke beslissingen zijn genomen voor het realiseren van deze doelen
- Welke begeleiding de patiënt krijgt
- Welke onderzoeken zijn nodig en wat betekenen die
- Therapietrouw
- Keuzes maken
- Medicatie aanpassen
- Hoe wat en wanneer wordt gecontroleerd
- Of streefwaarden zijn bereikt en bijgesteld
- Wie uit het behandelteam verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid

Kortom: in het IZP staan de [proceskenmerken](#) (wie doet wat en wanneer) en de [concrete resultaten/afspraken](#).

6.3. Jaarcontrole

Iedere CVRM-patiënt krijgt een jaarlijks consult. Indien nodig kan er een vervolgccontrole ingepland worden.

Een controle bestaat uit:

1. Anamnese

- Welbevinden, sociale gebeurtenissen, evt. opnames
- Familieanamnese
- Alert zijn op klachten: pijn op de borst, dyspnoe, achteruitgang conditie, palpitations, dikke enkels, gewichtstoename, duizeligheid/vallen/collapsneiging
- Alert zijn op klachten: hoofdpijn, duizeligheid, wazig zien
- Alert zijn op claudicatio klachten
- Seksuele problemen
- Medicatie: compliance, wijze van inname, eventuele bijwerkingen
- Compliance leefstijl: rookgedrag, alcohol, beweging, voeding, etc.
- Follow up afspraken
- Evalueren doelen zorgplan
- Evalueren ICPC, hoofdbehandelaar, controlebeleid (klopt alles nog?).
- Bespreken risicofactoren

2. Individueel Zorgplan

- Evalueren medicatiebeleid.
- Bespreken controleschema.
-
- Evalueren individueel zorgplan: zelfmanagement, leefstijl, therapietrouw.

3. Lichamelijk onderzoek

- Gewicht
- BMI
- Bloeddruk
- Pols: hartfrequentie (regulier/irregulier)

4. Laboratoriumonderzoek

- Jaarlijks: nuchtere glucose, lipiden tot behalen streefwaarden (LDL, totaal cholesterol, HDL, TC/HDL ratio, triglyceriden), creatinine + eGFR, natrium en kalium, albumine/creatinine ratio (ACR) in urine
- Instellen statine: LDL controle 3 maandelijks na start behandeling tot met aanpassing van medicatie streefwaarde bereikt is. Indien lipiden op streefwaarde, dan is jaarlijkse controle niet meer noodzakelijk

5. Uitleg ziektebeeld

- Kennis over ziektebeeld, verschijnselen, welke (risico) factoren bepalen prognose (bloeddruk, lipiden, glucoseregulatie, roken, bewegen), complicaties.
- Behandeling: doel, voeding, beweging, medicatie.
- Uitgifte informatiemateriaal (NHG patiënten brieven)

6. Overleg met de huisarts bij:

- Angina pectoris klachten
- Verdenking hartfalen: verminderd inspanningsvermogen, kortademigheid bij inspanning, orthopnoe en/of dikke enkels,
- Verdenking ritmestoornis: bij nieuw geconstateerde irregulaire pols overleg met huisarts (evt. ECG) of veel klachten van palpitaties (ECG, holter)
- RR systolisch > 180 mmHg overleg huisarts
- Afgelopen 3 maanden toename of afname gewicht in 5 kg

6.4. Oproepsysteem laboratorium

De mogelijkheid bestaat om patiënten te laten oproepen via het HAGA Ziekenhuis, SHL, HMC of Reinier de Graaf. Patiënten worden dan in hun geboortemaand opgeroepen (Lab kosten en oproepkosten komen ten laste van het wettelijk eigen risico).

U kunt ook vanuit uw eigen praktijk een oproepsysteem hanteren.

6.5. Indicatie ECG

- Verdenking op hartfalen
- Verdenking op atriumfibrilleren

6.6. Ambulante bloeddrukmeting

Vanaf 1 januari 2024 kunt u ketenzorgverrichtingen declareren via VIPLive. Instructies hoe u ketenzorgverrichtingen kunt declareren kunt u in [deze](#) handleiding vinden.

Toelichting:

Zowel in de diagnostische fase als bij de monitoring van het therapie-effect kan ambulante bloeddrukmeting worden toegepast. 24-uursmetingen kunnen additionele informatie over dag-, nacht- en ochtendbloeddruk opleveren. Personen met een verminderde nachtelijke bloeddrukdaling (non-dippers) hebben mogelijk een hoger risico op orgaanschade en cardiovasculaire aandoeningen.

De reproduceerbaarheid van de non-dipper-status is echter beperkt en daardoor is de individuele prognostische betekenis van deze meetwaarden beperkt. Gemiddeld geven ambulante bloeddrukmetingen lagere meetwaarden dan spreekkamermetingen. De diagnose hypertensie kan worden gesteld bij een SBD >130 mmHg als gebruik gemaakt wordt van het 24-uursgemiddelde. Bij het gemiddelde van de dagwaarden is het afkappunt >135 mmHg. De streefwaarde voor behandeling is een waarde ≤130 mmHg, uitgaande van het 24-uursgemiddelde.

Indicaties voor ambulante metingen zijn:

- alternatief voor thuismetingen (bijvoorbeeld bij beperkt ziekte-inzicht, obsessief meetgedrag en angst)
- therapieresistentie (om pseudo-resistentie uit te sluiten of aan te tonen)

- verdenking op hypotensieve episoden, speciaal bij ouderen en patiënten met DM
- Ambulante bloeddrukmeting kan oncomfortabel zijn, vooral vanwege de nachtelijke metingen

7. Behandeling

Niet-medicamenteuze behandeling/leefstijladviezen

Diëtist voor voedingsadvies

- Verwijzing middels het VIPlive
- Samenwerking vanuit Hadoks is met Haaglanden Eerste Lijn Diëtisten. Voor een ketenpartner bij u in de buurt [Zoek een zorgverlener | Hadoks Holding B.V.](#)

Stoppen Met Roken

- Individuele begeleiding door praktijkondersteuner
- Groepsinterventie
- Voor meer informatie zie de factsheet SMR [op onze website](#)

Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)

De gecombineerde leefstijlinterventie biedt de mogelijkheid voor patiënten om in groepsverband samen te komen waarbij informatie wordt gedeeld over voeding, bewegen, stress en ontspanning. Informatie over stoppen met roken en drankgebruik wordt hierin ook besproken maar vervangt niet de reguliere stop met roken begeleiding of verslavingsbegeleiding. Voor uitgebreide informatie kijk op onze website op de pagina [Gecombineerde Leefstijl Interventie \(GLI\)](#).

Stoppen Met Roken, voedingsadvies en leefstijlcoach zijn gecontracteerd binnen de DBC van Hadoks. Voor gecontracteerde zorgverleners waarheen verwezen dient te worden raadpleeg de [Hadoks -website](#).

Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling van CVRM patiënten is conform de [NHG standaard CVRM](#).

8. CVRM-team Hadoks

Hadoks	Erik van Duin, kaderhuisarts hart- en vaatziekten Barbara Veen-Reedijk, kaderhuisarts hart- en vaatziekten Jerroel Dreckmeier, gespecialiseerd verpleegkundige Cardiometabool
--------	---

Consultatiefunctie binnen VIPlive

- Vragen kunnen gesteld worden via: verwijzingen/consultatie
- De consultatie/advies functie is bedoeld voor niet-acute vragen
- U ontvangt antwoord op uw vraag binnen 5 werkdagen
- Geen kosten aan verbonden

Casuïstiek-bespreking

Stuur een mail naar chronischezorg@hadoks.nl voor meer informatie.

Scholing

Training on the job: de gespecialiseerd verpleegkundige kan langskomen voor een training CVRM.

Scholing in de wijk door kaderhuisarts en/of gespecialiseerd verpleegkundige : digitaal of fysiek:

Stuur een mail naar chronischezorg@hadoks.nl voor meer informatie.

9. Kwaliteitsindicatoren

Hadoks volgt de kwaliteitsindicatoren zoals vastgesteld door de branchevereniging Ineen. Zie de [website](#) van Ineen voor een overzicht.

Streefwaarde procesindicatoren

Indicator	Te behalen streefwaarde
Bloeddruk meting vast gelegd.	80%
LDL bepaling vast gelegd	80 %
Rookgedrag bekend in dossier	70%

10. Declaratie

Als een patiënt in het HIS is opgenomen met registratie huisarts hoofdbehandelaar via het HADOKS chronische zorg protocol, de juiste ICPC-code en voldoet aan de gestelde meetwaarde (bloeddruk <18 maanden) dan komt deze in aanmerking voor declaratie. Hadoks declareert op basis van de stand in VIP LIVE per peildatum (1^e dag van een kwartaal). Alle patiënten die voldoen aan de gestelde criteria, kunnen bij aanvang van het kwartaal ingediend worden door de huisarts via het bundeloverzicht binnen VIP Live.

Een handleiding voor het declareren van ketenzorg binnen VIP Live vindt u [hier](#).

11. Handige sites

- [Hadoks zorgprogramma's - Hadoks Holding B.V.](#)
- Projecten en RTA's in de regio: [Haagsevereniging.nl](https://www.haagsevereniging.nl)
- [NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement](#)
- [NHG-standaard chronische nierschade](#)
- [Praktische handleiding](#) bij de NHG-standaard CVRM (2019)
- Thuisarts: [Hoge bloeddruk](#)
- Thuisarts: [instructie thuis bloeddruk meten](#)
- Thuisarts: [Cholesterol](#)
- [Hartstichting folders](#) Hoge bloeddruk, Verhoogd cholesterol
- Nierstichting: [zoutmeter](#)