

Zorgprotocol CVRM

Datum september 2021
Versie CVRM-0921



Inhoud

1 Inleiding	4
2 Voorwaarden voor zorg	5
2.1 De huisartsenpraktijk.....	5
2.2 Ondersteuning	6
2.3 Ketenpartners CVRM.....	6
2.4 De zorggroep.....	6
2.5 De ziekenhuizen	6
2.6 De overige paramedische groepen	7
2.7 De zorgverzekeraar.....	7
2.8 Externe partijen.....	7
3 Ziekte-identificatie.....	8
3.1 Praktijk in kaart brengen	8
3.2 Risicoprofilering	8
3.3 Inclusiecriteria.....	9
3.4 Exclusiecriteria	9
3.5 Ketenzorgafpraak.....	10
3.6 Registratie.....	10
4 Instelfase, zorgdoelen en individueel behandelplan.....	11
4.1 Instelfase.....	11
4.2 (Persoonlijke) streefwaarden en doelen	11
4.3 Behandelplan en zorgplan	11
5.1 Overzicht inhoud consulten	12
5.2 Roken.....	13
5.3 Persoonsgerichte zorg	14
5.4 Bewegen	14
5.5 Voeding.....	14
5.6 Diëtiste.....	14
5.7 Kaderhuisarts	15
5.8 ECG	15
6 Samenwerking.....	16
6.1 Apotheek.....	16
6.2 Fysiotherapie.....	16
6.3 POH-GGZ.....	16
6.4 Internist, cardioloog, neuroloog en nefroloog.....	16
7 Medicamenteuze behandeling.....	17
7.1 Bloeddruk.....	17
7.2 Cholesterol.....	18
Hoofdstuk 8 Calculus VIPLive.....	19
8.1 Ketenzorg dashboard	19
8.2 Rapportages	19
8.3 Verwijzing naar ketenpartners.....	19

8.4 Consultatie	19
8.5 Gesprek.....	19
8.6 Declaratie.....	20
Bijlage 1 Risicoschatting hart- en vaatziekten	21
Bijlage 2 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatoren en beleid.....	22
Bijlage 3 SCORE-tabel zonder preventieve medicatie.....	23
Bijlage 4 Aandachtspunten CVRM (VIPlive).....	24

1 Inleiding

Dit zorgprotocol CVRM is geschreven om de kwaliteit van zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten én patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen ervan te optimaliseren. Het protocol is een vertaling van de NHG standaard CVRM 2019 en de praktische handleiding bij de NHG-standaard CVRM Versie 2.0, januari 2020. In het protocol wordt beschreven wat de zorg rondom patiënt inhoudt, hoe geregistreerd moet worden, wie de verwijspartners/ samenwerkingspartners kunnen zijn en natuurlijk ook het zelfmanagement van de patiënt en het individueel zorgplan.

In de nieuwe NHG-standaard wordt niet meer gesproken over primaire en secundaire preventie, maar over laag, matig, hoog en zeer hoog risico. De patiënten met diabetes mellitus en/of nierschade en hun hoge risico op hart- en vaatziekten worden ook expliciet genoemd, zoals ook het beleid bij kwetsbare ouderen.

Definitie

CVRM behelst de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ), inclusief leefstijladvisering en begeleiding bij patiënten met een verhoogd risico op ziekte of sterfte door HVZ. (Wikipedia 2-2-2020)

Kernboodschappen

- Er is een nieuwe indeling van risico-categorieën in zeer hoog ($\geq 10\%$), hoog risico ($\geq 5\%$ en $\leq 10\%$) en laag tot matig verhoogd risico ($< 5\%$) op sterfte door hart- en vaatziekten in de komende 10 jaar.
- Een deel van de patiënten valt op basis van hun risicoprofiel al direct in een van de categorieën, zonder dat hun risico geschat hoeft te worden. Dit geldt voor patiënten met al bestaande hart- en vaatziekten, patiënten met Diabetes Mellitus, matig en ernstige chronische nierschade en personen met een ernstige verhoogde risicofactor (totaalcholesterol > 8 mmol/l of systolische bloeddruk ≥ 180 mmHg).
- De SCORE-tabel kan gebruikt worden voor de patiënten die niet automatisch in een categorie vallen.
- Voor het diagnosticeren van een verhoogde bloeddruk wordt altijd een ambulante meting geadviseerd. Eerste keus hiervoor is de 24-uurs bloeddrukmeting, als dit niet haalbaar is dan de thuismetingen.
- De streefwaarde voor de bloeddruk is aangepast; Systole < 140 mmHg bij patiënten ≤ 70 jaar en < 150 mmHg bij patiënten ouder dan 70 jaar.
- Het lipidspectrum en de glucose hoeven niet meer nuchter bepaald te worden.
- De streefwaarde van het LDL-cholesterol is aangepast en afhankelijk van de categorie, bestaande morbiditeit en leeftijd.
- Medicatie voorkeur bij hypertensie en hypercholesterolemie worden beschreven.

2 Voorwaarden voor zorg

2.1 De huisartsenpraktijk

2.1.1 Ambitie

Huisarts en praktijkondersteuner moeten bepalen welk ambitieniveau zij hebben m.b.t. de zorg rondom hart- en vaatziekten. Afhankelijk van de ambitie kan een groter deel van de zorg in eigen beheer worden uitgevoerd.

2.1.2 Praktijkorganisatie

Basis van zorg in de huisartsenpraktijk is het scenario van huisarts en praktijkondersteuner/ verpleegkundige.

- De POH moet binnen de praktijk voor voldoende uren kunnen worden vrijgemaakt om de werklast m.b.t. CVRM-zorg aan te kunnen. Zie document urenberekening PO
- De praktijk moet beschikken over een aparte werkruimte voor de praktijkondersteuner. De werkruimte van de praktijkondersteuner dient te beschikken over de meest recente voorlichtingsmaterialen en ook over een geijkte weegschaal, lengtemeter en bloeddrukmeter.
- Er is een spreekuursysteem dat de consulten zoals genoemd in volgende hoofdstukken mogelijk maakt, met oproepsysteem en voorziening voor oproep bij verzuimde contacten.
- Er zijn vaste overlegmomenten tussen praktijkondersteuner en huisarts. Deze zijn zowel gericht op consultbespreking als op structuurbewaking.
- In een groep met meerdere huisartsen zal tenminste één van de huisartsen zich voldoende specialiseren in zorg rondom CVRM zodat deze arts de POH adequaat kan aansturen.
- Huisarts en POH zullen de organisatie van hun CVRM-zorg periodiek laten controleren door een kwaliteitsmedewerker vanuit de zorggroep.

2.1.3 Automatisering

Registratie zal plaatsvinden in het HIS-protocol CVRM, data voor statistiek zal te vinden zijn in VIPlive.

2.1.4 Indicatoren

Wij conformeren ons aan de indicatoren van de Ineen/ NHG.

2.1.5 Competenties

- POH heeft een geldig certificaat van de praktijkondersteuner opleiding.
- Huisarts is beschikbaar voor consultatie door de POH en/of plannen structureel overleg.
- POH en huisarts hebben kennis van NHG standaard M84 CVRM 2019 en het zorggroep protocol CVRM en/of instructiekaarten.
- POH en huisarts zijn in staat het CVRM-consult te voeren volgens de principes van motiverende gesprekstechniek.
- POH en huisarts zijn in staat met de patiënt streefdoelen te bepalen en te evalueren middels een individueel zorgplan.

- POH en huisarts zijn in staat de meetwaardenmodules in het HIS goed te beheren en de data ook in VIPLive inzichtelijk te krijgen.
- POH en huisarts zullen hun competentieniveau op deze gebieden onderhouden met scholingen volgens de richtlijnen van de zorggroep.
- POH en huisarts kunnen een ECG maken of dit uitbesteden aan een diagnostisch centrum.
- POH heeft voldoende expertise voor SMR-begeleiding. Via <http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/> zijn erkende scholingen te volgen.

2.2 Ondersteuning

Ondersteuning zal komen van de projectleiders chronische zorg, de externe consulent en de kaderhuisarts.

- In hoeverre de praktijk voldoet aan de voorwaarden genoemd onder 2.1 wordt bepaald door de zorggroep.
- De zorggroep committeert zich eraan een vorm van coaching on the job in de praktijk te leveren.
- Een externe consulent is beschikbaar voor ondersteuning aan de praktijkondersteuner o.a. voor de praktijkvoering, opzetten zorgstraat, maar ook samen spreekuur draaien behoort tot de mogelijkheden.
- Een consult of visitatie van een kaderhuisarts kan worden ingezet via VIPLive.

2.3 Ketenpartners CVRM

Ruggengraat van de zorg is het feit dat huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten en andere medici elkaar gemakkelijk kunnen vinden.

2.4 De zorggroep

De zorggroep heeft tot taak de praktijken te ontzorgen, zodat deze zich maximaal kunnen wijden aan patiëntenzorg. Dit betekent administratieve ondersteuning, managen van alle financieel-economische afspraken met ketenpartners, organiseren van scholingen, patiëntenplatform, website (algemeen en intern) voor alle relevante informatie voor de patiënten, maar ook documentbeheer voor de praktijken.

2.5 De ziekenhuizen

Het ziekenhuis biedt onderdak aan die ketenzorgactiviteiten die hiervoor van belang zijn en zal hierbinnen zo veel mogelijk ondersteuning bieden, te weten binnen de disciplines:

- De cardioloog
- De hartfalenverpleegkundige
- De afdeling fysiotherapie
- Diëtetiek
- De stoppen-met-rokenpoli

De ziekenhuizen zullen zich committeren aan de afspraken die binnen de ketenzorg gemaakt zijn en deze uitdragen binnen en buiten haar muren.

2.6 De overige paramedische groepen

De paramedicus die deel wil nemen aan de keten zal moeten voldoen aan:

- Competentie op CVRM-gebied
- Voorzieningen in de praktijk voor adequate zorg
- Het geheel van afspraken voor verwijzing en terugrapportage

2.7 De zorgverzekeraar

Van de zorgverzekeraar verwachten wij coöperatie m.b.t.:

- Ondersteuning van functionele bekostiging.
- Het financieel mogelijk maken van ankeractiviteiten tijdens het inrichten en borgen van een zorgstraat.

2.8 Externe partijen

Structuuractiviteiten kennen geen bemoeienis van sponsorende partijen. Voor specifieke scholingsactiviteiten kan dit van geval tot geval worden beoordeeld.

3 Ziekte-identificatie

3.1 Praktijk in kaart brengen

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

Verzamel hiervoor de volgende gegevens:

- Anamnese
 - Leeftijd, geslacht, roken (in pakjaren);
 - Eerder vastgestelde HVZ, belaste familieanamnese voor HVZ (1^e graads familielid mannelijk ≤ 55 jaar, vrouwelijk ≤ 65 jaar)
 - Voeding, psychosociale risicofactoren, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit
 - Secundaire oorzaken (ongeveer 5-15%) van een verhoogde bloeddruk: zout, drop, NSAID's, orale anticonceptiva, drugs (amfetamine, cocaïne), slaapapneusyndroom.
- Lichamelijk onderzoek
 - Bloeddruk en pols
 - BMI/ middelomvang
 - Vaatonderzoek bij verdenking PAV
- Laboratoriumonderzoek
 - Niet-nuchter lipidspectrum (TC, HDL-C, TC/HDL-ratio, LDL-C, triglyceriden);
 - Glucose;
 - Creatinine
 - eGFR;
 - Albumine-creatinineratio (ACR) in urine
- Risicofactoren
 - Familieanamnese prematuur HVZ
 - Psychosociale factoren
 - Coronaire kalkscore (bij beschikbaarheid)

3.2 Risicoprofilering

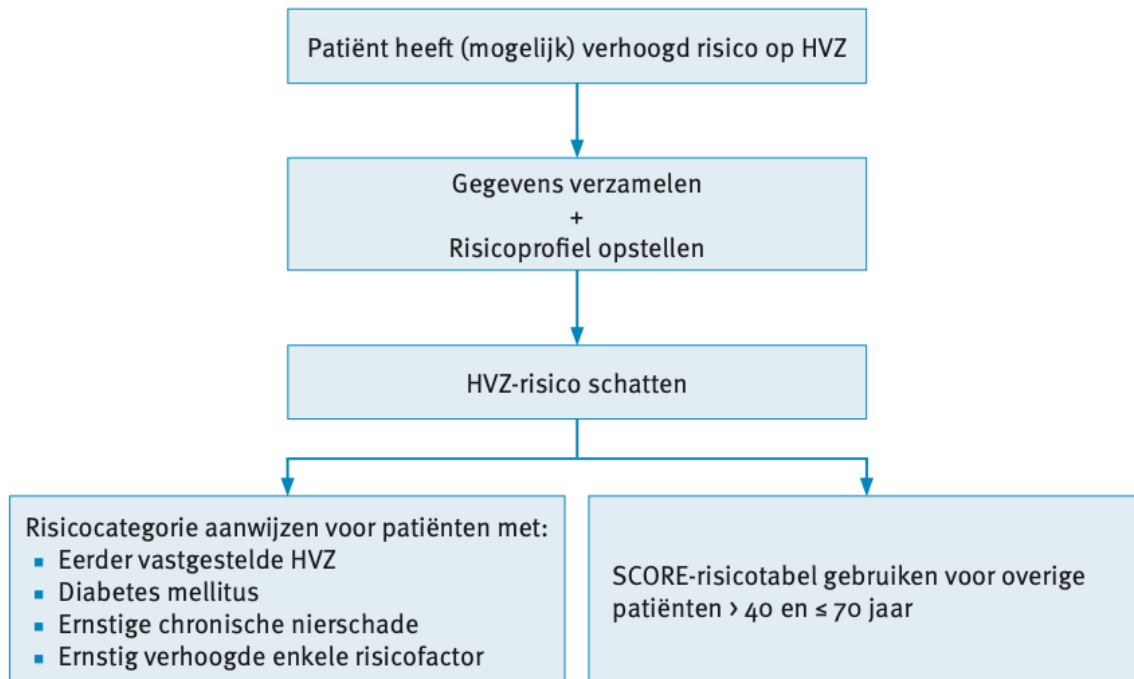
Bepaal risicoprofiel aan de hand van de onderstaande stappen, schematisch weergegeven in figuur 3.2.

- Bepaal bij patiënten op basis van bovenstaande morbiditeit of een ernstig verhoogde enkele risicofactor in welke risicocategorie de patiënt valt met de:
 - Risicoschatting hart- en vaatziekten in bijlage 1 en
 - Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatoren en beleid in bijlage 2.

Dit zijn patiënten met:

- Eerder vastgestelde hart- en vaatziekten
- DM
- Ernstige chronische nierschade (eGFR <30 of eGFR 30-44 met ACR ≥3 of eGFR 45-59 met ACR >30)
- Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaal cholesterol >8mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg

- Schat bij de overige patiënten > 40 en ≤ 70 jaar het tienjaar sterfterisico op hart- en vaatziekten met de SCORE-tabel zonder preventieve medicatie (bijlage 3).
- Vermenigvuldig de risicoscore met 1,5 bij patiënten met:
 - Reumatoïde artritis
 - Chronische nierschade met een mild tot matig afgenomen nierfunctie (eGFR 45-59 met ACR<3)
 - Chronische nierschade met matig verhoogde albuminurie (eGFR ≥ 60 met ACR3-30)



Figuur 3.2 Risicoprofilering

3.3 Inclusiecriteria

- Het zorgprogramma CVRM heeft betrekking op patiënten die vallen onder zeer hoog en hoog risico zoals bepaald in hoofdstuk 3.2.
- Huisarts is hoofdbehandelaar.
- Patiënt is ≥18 jaar en akkoord met deelname ketenzorgprogramma CVRM.
- Patiënt is recent gecontroleerd (<12 maanden) volgens het zorgprotocol en de meetwaarden zijn ingevoerd in het HIS.

3.4 Exclusiecriteria

Het zorgprogramma CVRM heeft geen betrekking op:

- Patiënten met laag-matig risico.
- 70 jaar met verhoogd 10-jaarsrisico op sterfte door HVZ van ≥10% zónder K86, K87 of T93 of gebruik van medicatie daarvoor.
- Familiaire hypercholesterolemie waarvoor controles in de tweede lijn horen.

- Patiënten met hypertensie als gevolg van specifieke aandoeningen, zoals nierarteriestenose of feochromocytoom, waarvoor controles in de tweede lijn horen.
- Patiënten met diabetes mellitus vallen onder keten-DBC diabetes mellitus of andere vormen van diabetes behoren in de tweede lijn.
- Patiënten met multi-morbiditeit waar behandeling volgens het zorgplan CVRM niet (meer) zinvol is, zoals patiënten met palliatieve en/of terminale zorg, of kwetsbare ouderen met een beperkte levensverwachting.
- Huisarts is geen hoofdbehandelaar.
- Patiënt wil/kan niet.
- Andere oorzaak/oordeel huisarts.

Let op, indien patiënt (tijdelijk) onder behandeling is in de tweedelijnd en/of opgenomen is in een verpleeghuis dient de behandeling gestaakt te worden in het HIS.

3.5 Ketenzorgafpraak

De volgende stap is deze patiënten op te roepen voor het spreekuur om de inclusiecriteria te verifiëren en de patiënt te informeren over opname in de ketenzorg.

3.6 Registratie

Na de screening van de praktijkpopulatie is het van belang de patiënten die in aanmerking komen voor de ketenzorg CVRM goed te registreren. De huisarts of POH zorgt voor een juiste registratie van de medische gegevens.

- Alle patiënten met HVZ, zeer hoog, hoog of laag tot matig verhoogd risico hebben de juiste ICPC-codering, passend bij hun aandoening.
 - K74 Angina pectoris
 - K75 Acut myocardinfarct
 - K76 Ischemische hartziekte
 - K76.01 Coronair sclerose
 - K76.02 Myocardinfarct (>4 weken geleden)
 - K77 Hartfalen
 - K86 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging
 - K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging
 - K89 TIA
 - K90.02 Intracerebrale bloeding
 - K90.03 Cerebraal infarct
 - K91 Atherosclerose
 - K92.01 PAV/ Claudicatio intermittens
 - K99.01 Aneurysma aorta
 - T93 Vetstofwisselingsstoornis
 - U99.01 Matig of ernstige chronische nierschade
- Hoofdbehandelaar huisarts
- Deelname ketenzorg "JA"

Registreer bij patiënten die bij de specialist onder behandeling zijn Hoofdbehandelaar specialist, deelname ketenzorg "Nee" om de populatie inzichtelijk te maken en houden.

Bij verschuiving van hoofdbehandelaar dient dit direct geregistreerd te worden in het HIS om dubbeldeclaratie te voorkomen. Hiermee wordt inzichtelijk hoeveel mensen in de tweede lijn onder behandeling zijn en hoe substitutie vorm krijgt in de nabije toekomst.

4 Instelfase, zorgdoelen en individueel behandelplan

4.1 Instelfase

Start de juiste begeleiding/behandeling. Bij de behandeling moeten aan de ene kant de harde parameters dalen richting streefwaarden volgens, in overeenstemming met de NHG-Standaard CVRM 2019 en/of persoonlijke streefwaarden. Aan de andere kant moet worden bewerkstelligd dat de patiënt inzicht krijgt in de behandeling van zijn aandoening. Op die manier kan de patiënt met de opgedane kennis en vaardigheden zelf bijdragen aan een optimale behandeling van zijn aandoening(en) en (Individueel Zorg Plan).

Leefstijladviezen:

- Bied bij roken stoppen-met-roken-begeleiding aan.
- Zorg voor voldoende beweging (tenminste 5 dagen per week 30 minuten per dag).
- Zorg voor gezonde voeding.
- Beperk alcoholgebruik (max. 1 glas per dag).
- Zorg voor een gezond gewicht (BMI ≤ 25 kg/m² onder de 70 jaar, BMI $\leq 28-30$ kg/m² boven de 70 jaar).
- Ga na of er stressfactoren aanwezig zijn en of de patiënt die wil aanpakken.
- Verwijs patiënt voor nadere informatie (Thuisarts.nl, Hartstichting of HartVaatgroep).

Bij veranderend beleid (medicatie) en/of actief willen werken aan een persoonlijk doel (afvallen, beweging, stoppen met roken ed.) kan de patiënt terug in de instelfase. De instelfase is tijdelijk, tot streefwaarden en/of doelen behaald zijn.

4.2 (Persoonlijke) streefwaarden en doelen

Als de (persoonlijke) streefwaarden en doelen zijn behaald, gaat de patiënt over naar de stabiele fase. Als streefwaarden, zie NHG-Standaard CVRM 2019, niet binnen een redelijk termijn worden behaald, dient verdere actie ondernomen te worden en door te verwijzen naar de tweede lijn.

4.3 Behandelplan en zorgplan

Onder individueel zorgplan verstaan we het geheel van alle acties die tot verbetering van de integrale gezondheidstoestand van de patiënt kunnen leiden. Onder behandelplan verstaan wij het geheel van afspraken dat de patiënt met de behandelaars heeft, dit beschrijft in belangrijke mate wat de patiënt van de behandelaar mag verwachten en is ziekte-specifiek.

Afhankelijk van het behandelplan (leefstijl, medicatie) en persoonlijke behoefte/mogelijkheden van de patiënt, wordt de controlefrequentie bepaald. Dit kan variëren van 1x per 2 weken, 1x per maand of 1x per 3 maanden, tot streefwaarden/doelen behaald zijn (eventueel digitaal/telefonisch consult).

5 Inhoud CVRM-zorgprogramma

5.1 Overzicht inhoud consulten

Eerste consult huisarts

- Uitleg aan patiënt wat betreft diagnose en risico
- Bespreken behandeling en evt. voor- en nadelen medicatie
- Medicatie starten of aanpassen
- Bespreken behandelplan
- Griepvaccinatie bespreken en evt. griep ruitering/code (R44) toekennen
- Uitleg ketenzorgprogramma en controle bij POH

Eerste consult POH: 2-6 weken na eerste consult huisarts

- Uitleg ketenzorgprogramma
- Aandacht voor leefstijl zoals roken, bewegen, overgewicht, stress, beroep
- Vraag naar welbevinden, klachten en problemen (kortademigheid, oedeem, moeheid, pijn in de kuiten bij het lopen)

Jaarcontrole:

- Aandacht voor leefstijl zoals roken, bewegen, overgewicht, stress, beroep
- Vraag naar welbevinden, klachten en problemen (kortademigheid, oedeem, moeheid, pijn in de kuiten bij het lopen)
- Bespreek regelmatig roken, koffie, drop, zout, alcohol, gewicht en stress
- Informeer regelmatig naar therapietrouw en eventuele belemmeringen
- Informeer naar mogelijke bijwerkingen van medicatie (spierpijn, orthostatische hypotensie)
- Bepaal gewicht/BMI jaarlijks
- Meet de bloeddruk en het polsritme (bij de instelfase om de 2-4 weken) anders jaarlijks met 24-uursmeting

Laboratoriumonderzoek:

- Glucose en albumine-creatinineratio driejaarlijks
- **LDL:** Bij start of wijziging van cholesterolverlager: na drie maanden LDL-cholesterol. Na het bereiken van de streefwaarde zijn controles niet nodig. Controle van het LDL-cholesterol is dan alleen nodig bij LDL-verhogende aandoeningen (in het bijzonder hypothyreoïdie en familiale hypercholesterolemie).
- **Bij gebruik diureticum ACE-remmer of ARB:** jaarlijks creatinine, eGFR, natrium en kalium. Herhaal de controle op indicatie vaker (bijvoorbeeld elke drie maanden)
- **Bij eGFR < 30 ml/min/1,73 m², instabiel hartfalen, kwetsbare ouderen:** jaarlijks creatinine, eGFR, natrium en kalium.

Aanvullend onderzoek op indicatie:

- ECG bij verdenking hartfalen, ritmestoornissen
- Doppler vaten bij verdenking PAV

5.2 Roken

Beschouw roken als de belangrijkste risicofactor op ziekte en het overlijden aan hart- en vaatziekten en adviseer om te stoppen met alle tabaksproducten.

- Adviseer om meeroken te vermijden.
- Adviseer te stoppen met roken en begeleiding op maat en geef deze adviezen bij herhaling. Zie voor de interventies ter ondersteuning de richtlijn en de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken

De stoppen-met-roken-begeleiding wordt binnen het zorgprogramma CVRM gefinancierd en mag voor geïncludeerde patiënten niet los gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Dit kan als extra zorgactiviteit geregistreerd worden in VIPlive en zal dan door de zorggroep betaald worden aan de praktijk.

Registratie in het kwaliteitsregister 'stoppen met roken' is voor de praktijkmedewerker niet verplicht, wel wordt verwacht dat medewerkers die 'de-stoppen-met-roken'-begeleiding uitvoeren 1x per 3 jaar de cursus volgen.

Kenmerken patiënten:

- Patiënt met actueel rookgedrag
- Er is met patiënt overeenstemming over SMR-interventie

Deze begeleiding vraagt om gerichte voorlichting, advisering en begeleiding, zo nodig ondersteund met medicatie of nicotinevervangers. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt staat hierin centraal. Behandeling en begeleiding gebeuren door POH en huisarts. De huisarts en POH maken hierbij gebruik van het stappenplan van Stimedic (of een andere gelijkwaardige Stoppen-met-Roken-begeleiding, zoals erkend door het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken), de richtlijnen van de NHG-standaard Stoppen met Roken en de zorgstandaard tabaksverslaving 2019.

De huisarts:

- Geeft stopadvies (tijdens scharnierconsult)
- Peilt motivatie, nodigt zo mogelijk uit tot nieuw gesprek t.b.v. motivatieverhoging
- Verwijst voor begeleiding naar praktijkondersteuner
- Schrijft zo nodig medicatie uit

De POH:

- Neemt rookprofiel af
- Verhoogt motivatie
- Inventariseert en bespreekt belemmeringen
- Maakt stopafpraak met patiënt
- Bespreekt hulpmiddelen
- Overlegt met huisarts
- Biedt nazorg (in de vorm van telefonische en spreekuurcontacten)

5.3 Persoonsgerichte zorg

POH of huisarts geeft voorlichting aan de patiënt over de ontstaanswijze en symptomen van hart- en vaatziekten. Speciale aandacht wordt besteed aan risico verhogend gedrag zoals roken, overgewicht, onvoldoende lichaamsbeweging, ongezonde voeding en overconsumptie van alcohol. Voor iedere patiënt wordt, in samenspraak met de patiënt, een individueel zorgplan opgesteld. Hierin worden persoonlijke doelen en afspraken vastgelegd. Daarnaast wijzen de zorgverleners de patiënt op voorlichting/educatie-materiaal over HVZ & CVRM. Bijvoorbeeld 'thuisarts.nl' en 'Zorgplan Vitale Vaten'.

5.4 Bewegen

Geef aan elke patiënt met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten een beweegadvies volgens, in overeenstemming met de adviezen van de Gezondheidsraad. Bewegen is goed, meer bewegen is beter.

- Adviseer minstens 150 minuten per week aan matig intensieve inspanning, zoals wandelen en fietsen, verspreid over diverse dagen. Integreer de activiteiten in het dagelijkse leven. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Adviseer minstens tweemaal per week spier- en botversterkende activiteiten, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen.
- Adviseer om veel zitten (meer dan acht uur per dag) te voorkomen.

5.5 Voeding

Het voedingspatroon beïnvloedt risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals de cholesterol, de bloeddruk, het lichaamsgewicht en diabetes mellitus. De belangrijkste voedingsstoffen met effect op dit risico zijn verzadigde vetzuren (verhogen LDL-cholesterol ten opzichte van onverzadigde vetzuren), zout (verhoogt bloeddruk) en vezels (verlagen risico op hart- en vaatziekten). Andere voedingsmiddelengroepen die het risico op hart- en vaatziekten verlagen, zijn groente, fruit, vis en ongezouten noten. Adviezen over goede voeding zijn een standaardonderdeel van de maatregelen om het risico op hart- en vaatziekten te verlagen.

- Adviseer een voedingspatroon volgens de 'Richtlijnen Schijf van Vijf' met het doel (recidief) hart- en vaatziekten te voorkomen.
- Raad het gebruik van supplementen met rode gist rijst met het doel het LDL-cholesterol te verlagen *niet* aan.
- Raad het gebruik van visoliesupplementen met het doel het LDL-cholesterol te verlagen *niet* aan.
- Adviseer personen met een gezond gewicht (BMI 20 tot 25 kg/m²) gewichtsbehoud en gezond te eten volgens, in overeenstemming met de 'Richtlijnen goede voeding 2015'.
- Adviseer personen met overgewicht of obesitas (BMI ≥ 25 kg/m²) in het algemeen om voldoende te bewegen en op gezonde wijze af te vallen.

5.6 Diëtiste

Als bij de huisarts of praktijkondersteuner het vermoeden bestaat van ongezonde voedingsgewoonten/voedingsproblemen is verwijzing naar een diëtiste raadzaam. Dit geldt ook wanneer er extra aandacht nodig is bij stress, ploegendiensten, menopauze of stoppen met roken.

Algemene adviezen in het kader van hypertensie, hyperlipidemie, overgewicht of chronische nierschade.

Verwijsredenen:

- Voedingsadvies na het stellen van de diagnose
- Niet goed in te stellen patiënt
- Voedingsadvies bij hypercholesterolemie, hypertensie, chronische nierschade, natriumbeperving en overgewicht/ondergewicht
- Specifieke voedingsvragen bij problemen en/of complicaties
- Overige verwijsredenen

Er wordt via VIPLive digitaal verwezen naar de diëtist. De diëtist wordt vergoed binnen de ketenzorg bij alle indicaties.

5.7 Kaderhuisarts

De kaderhuisarts is beschikbaar via VIPLive voor ondersteuning. Primair zal zijn inzet gericht zijn op ondersteuning van de huisartsenpraktijken bij het leveren van zorg. Hij heeft een coachende rol naar de huisarts en POH en is laagdrempelig te consulteren via VIPLive. Consultatie bij de kaderarts geeft voor de patiënt geen extra kosten, dit valt binnen de ketenzorg.

5.8 ECG

Binnen CVRM is het mogelijk om op indicatie een ECG te maken bij:

1. Moeizaam in te stellen hypertensie
2. Lang bestaande hypertensie
3. Verdenking op atriumfibrilleren
4. Acut coronair syndroom

Declaratie van een ECG valt binnen de ketenzorg. Een verricht ECG. Dient als zorgactiviteit opgevoerd te worden binnen VIPLive (zie [VIPLive-Handleiding zorgactiviteit opvoeren](#)).

6 Samenwerking

Samenwerking met ondergenoemde ketenpartners wordt buiten het ketenzorgprogramma gefinancierd.

6.1 Apotheek

De voorgeschreven medicatie wordt door de apotheek verstrekt aan de patiënt. Een eerste instructie wordt door de apotheek gegeven samen met uitleg over de werking van medicatie.

Bij patiënten boven de 65 jaar en/of een slechte nierfunctie of polyfarmacie valt een jaarlijkse medicatiecheck aan te bevelen.

Als de patiënt problemen ervaart met de medicatie die niet direct opgelost kan worden door de huisartsenpraktijk en/of problemen met de inname.

Als een weekdoseersysteem wenselijk is.

6.2 Fysiotherapie

- Als de patiënt niet voldoet aan de NNGB (Nederlandse Norm Gezond Bewegen) en dit ook niet oppakt na advies van de POH.
- Als er dusdanig beperking is dat niet verwacht kan worden dat de patiënt zelf aan de NNGB kan voldoen. Deze criteria gelden met name voor patiënten met een hart- en vaatziekte.
- Wanneer deelname aan een beweegprogramma wenselijk is.

6.3 POH-GGZ

Reductie van psychosociale stress, depressie en angststoornissen kan een positieve gedragsverandering stimuleren en zowel de kwaliteit van leven als de prognose verbeteren. Daarom wordt psychosociale ondersteuning aanbevolen bij personen met een hoog of zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Bij patiënten met depressie, angststoornissen of andere psychische aandoeningen wordt aanbevolen om te behandelen volgens de daarvoor bestaande richtlijnen.

6.4 Internist, cardioloog, neuroloog en nefroloog

Verwijzing bij onvoldoende bereiken van streefwaarden en/of behandeldoelen.

7 Medicamenteuze behandeling

7.1 Bloeddruk

7.1.1 Uitgangspunten van behandeling:

- Streef naar een bloeddruk die past bij het risico van de patiënt (bijlage 3).
- Behandel iedereen met een systolische bloeddruk ≥ 180 mmHg met antihypertensiva, ongeacht het risico op hart- en vaatziekten.
- Bij patiënten met een sterk verhoogde bloeddruk (> 20 mmHg boven de streefwaarde) of met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten: overweeg meteen te starten met een combinatie van twee middelen.
- Start met één middel en evalueer na twee weken de bloeddruk, het gebruik van het geneesmiddel en eventuele bijwerkingen (stap 1). Als de streefwaarde niet bereikt wordt: evalueer therapietrouw, leefstijl en secundaire oorzaken. Voeg indien nodig een tweede of derde middel toe (stap 2). Verhoog vervolgens de doseringen bij onvoldoende effect (stap 3).

7.1.2 Schema bloeddrukbehandeling

Het uitgebreide schema medicamenteuze behandeling bij bloeddruk is terug te vinden in de NHG-Standaard CVRM (2019).

- **Stap 1:** Start met medicatie afhankelijk van patiëntkarakteristieken
 - *Stap 1a: ACE-remmer*
Geef Enalapril 1 dd. 10 mg (ouderen 5 mg), Lisinopril 1 d.d. 10 mg (ouderen 5 mg), Perindopril 1 dd. 4 mg (ouderen 2 mg) of Ramipril 1 d.d. 2,5 mg (ouderen 1,25 mg)
 - *Stap 1b: angiotensinereceptorblokker (ARB)*
Geef Telmisartan 1 d.d. 40 mg (ouderen 20 mg), Candesartan 1 d.d. 8 mg (ouderen 4 mg), Losartan 1 d.d. 50 mg (ouderen 25 mg) of Valsartan 1 d.d. 80 mg (ouderen 40 mg)
 - *Stap 1c: calciumantagonist*
Geef Amlodipine 1 d.d. 5 mg of Lercanidipine 1 d.d. 10 mg
 - *Stap 1d: thiazidediureticum*
Geef Hydrochloorthiazide 1 d.d. 12,5 mg of Chloortalidon 1 dd 12,5 mg.
 - *Stap 1e: bètablokker*
Geef Metoprololsuccinaat mga 1 d.d. 50 mg, Atenolol 1 d.d. 25 mg of Bisoprolol 1 d.d. 5 mg ('s morgens)
- **Stap 2:** Combineer twee en vervolgens indien nodig drie van bovenstaande middelen
- **Stap 3:** Verhoog de doseringen
- **Stap 4:** Voeg spironolacton (= aldosteronantagonist) toe
- **Stap 5:** Verwijs patiënt naar internist of cardioloog

7.2 Cholesterol

7.2.1 Uitgangspunten van behandeling:

- Streef naar een cholesterol dat past bij het risico van de patiënt (Bijlage 3)
- Pravastatine en Fluvastatine wordt alleen aangeraden indien gebruik van Atorvastatine, Rosuvastatine en Simvastatine niet in aanmerking komt vanwege bijwerkingen.
- Gebruikt Rode rijstgist wordt niet aangeraden.
- Als de streefwaarde niet wordt bereikt, ondanks intensivering van de lipidenverlagende therapie, overweeg Ezetemibe toe te voegen.

7.2.1 Streefwaarden

LDL-streefwaarde	Onbehandelde LDL-cholesterol mmol/l	
< 1,8 mmol/l (patiënten met HVZ ≤ 70 jaar)	1,8 - 2,8	≥ 2,9
< 2,6 mmol/l (overige patiënten)	2,6 - 4,1	≥ 4,2
<i>Gewenste LDL-daling</i>	< 40%	≥ 40%

7.1.2 Schema cholesterolbehandeling

Het uitgebreide schema medicamenteuze behandeling bij cholesterol behandeling is terug te vinden in de NHG-Standaard CVRM (2019).

- **Stap 1:** statine
 - Bij < 40% gewenste LDL-daling: geef Atorvastatine 1 d.d. 10 mg, Rosuvastatine 1 d.d. 5 mg of Simvastatine 1 d.d. 40 mg.
 - Bij ≥ 40% gewenste LDL-daling: geef Atorvastatine 1 d.d. 20 mg (laagste kosten) of Rosuvastatine 1 d.d. 10 mg.
 - Geef bij chronisch gebruik van CYP3A4-remmende of -inducerende middelen Pravastatine 1 d.d. 40 mg.

Stap 2: intensiveer de lipidenverlagende therapie

- Verhoog de dosering in stappen tot de maximale dosering (Atorvastatine 1 d.d. 80 mg, Rosuvastatine 1 d.d. 40 mg). Vervang simvastatine 40 mg bij onvoldoende effect door Atorvastatine 10-20 mg of Rosuvastatine 5-10 mg.

Stap 3: overweeg toevoegen Ezetimib

- Ezetimib 1 d.d. 10 mg toevoegen

Stap 4: verwijzing

- Verwijzing bij onvoldoende bereiken van de streefwaarde

Hoofdstuk 8 Calculus VIPLive

8.1 Ketenzorg dashboard

Binnen het "Ketenzorg Dashboard" in VIPLive is het mogelijk inzicht te krijgen in de proces- en uitkomst indicatoren van de CVRM zorg. Per kwartaal (gekoppeld aan de declaraties) worden de uitkomsten getoond in grafieken van de individuele praktijk, de regio (HAGRO) en de zorggroep. Iedere parameter heeft de mogelijkheid verder in te zoomen op behandel- en patiënt niveau. Van vrijwel alle parameters is het mogelijk een Excellijst op patiëntniveau te exporteren. Het dashboard toont de InEen indicatoren aangevuld met andere parameters. De basisset indicatoren wordt jaarlijks door InEen vastgesteld en door NHG getoetst op toepasbaarheid voor verschillende doeleinden. Voor Cohesie zijn dit de belangrijkste indicatoren die voor het kwaliteitsbeleid van de zorggroep gebruikt worden. InEen indicatoren van beide CVRM-ketens:

- Bloeddruk bepaald
- LDL
- Rookgedrag
- eGFR (afgelopen 5 jaar)
- Mate van beweging

8.2 Rapportages

Voor de praktijk zijn rapportages beschikbaar in VIPLive die een hulpmiddel zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Sommige rapportages geven de praktijk inzicht in de mate waarin landelijke indicatoren op het gebied van CVRM worden geregistreerd. In het rapport 'aandachtspunten CVRM' zoals bijgevoegd in Bijlage 4, is ingericht om medische risicosituaties op te sporen. Ook zijn er rapportages die ondersteunen bij de praktijkorganisatie (oproepagenda). De rapporten kunnen door de praktijk in VIPLive worden opgevraagd en lokaal worden opgeslagen. Vergeet hierbij niet de AVG-regelgeving. De rapporten worden niet in VIP Live bewaard.

8.3 Verwijzing naar ketenpartners

De verwijzingen naar ketenpartners vinden plaats via Calculus VIPLive. Handleidingen zijn te vinden op onze website.

8.4 Consultatie

Met VIPLive kun je digitale consultaties starten naar verschillende vakgroepen, specialisten en kaderartsen. Bij een consultatie is het van belang aan te vinken dat de meetwaarden en medicatie ook gedeeld worden, deze gegevens zijn alleen bij een actieve consultatie in te zien. Zo kunnen de kaderarts, diabetesverpleegkundige of longfunctie-analist de vragen juist beantwoorden. Handleidingen zijn te vinden op onze website.

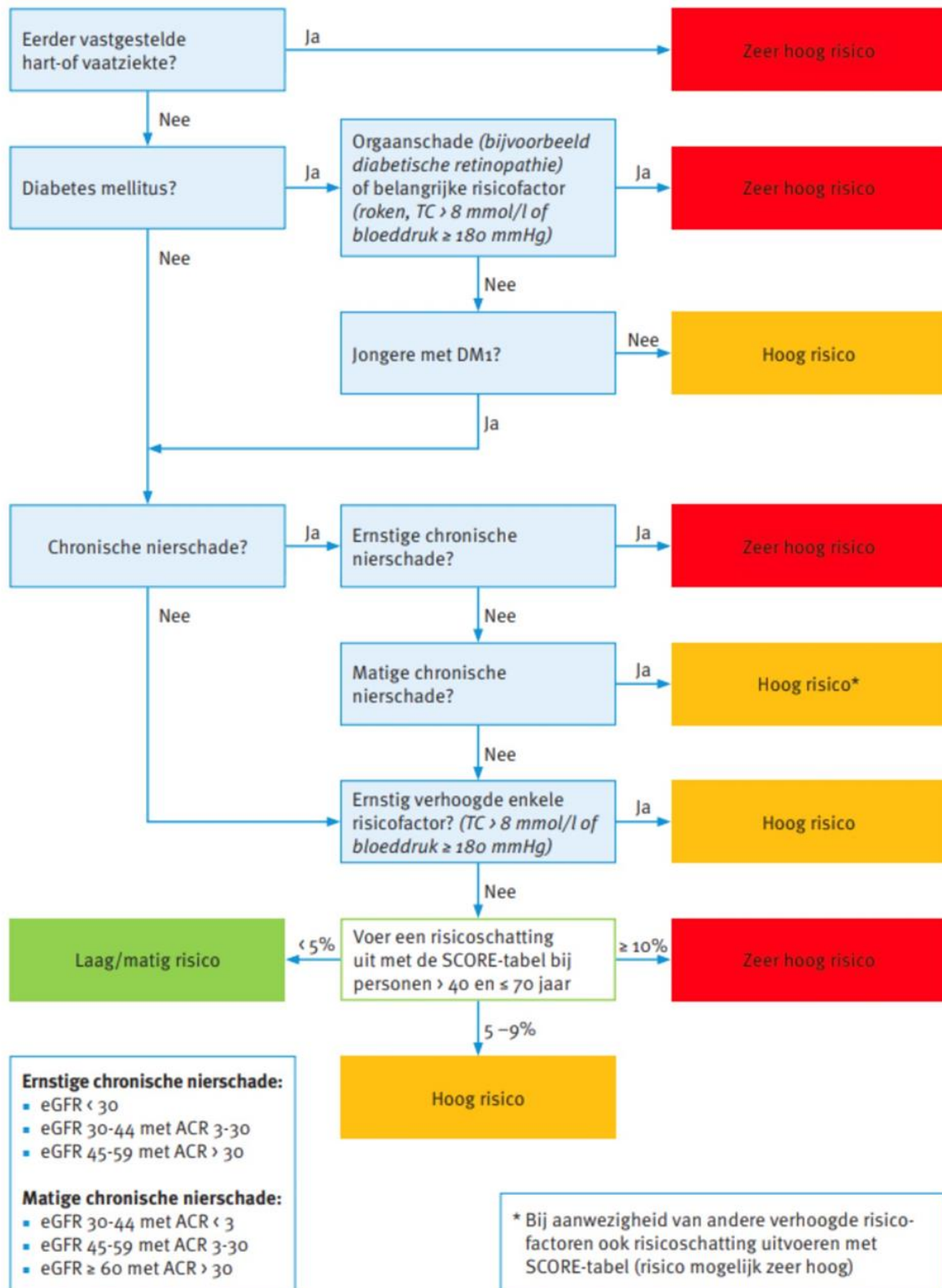
8.5 Gesprek

Vanuit het patiëntenoverzicht kan er een gesprek gestart worden over een patiënt. Er kan dan een vraag gesteld worden aan een andere zorgverlener die ook betrokken is bij de behandeling van de patiënt.

8.6 Declaratie

De declaratie van ketenzorgpatiënten gebeurt op basis van de registratie in het HIS. Praktijken kunnen handmatig of geautomatiseerd een HIS-extractie inspoelen binnen Calculus VIP live voor de declaratie van het desbetreffende kwartaal. Vanuit Calculus VIP live ontvangen de praktijken hierover ieder kwartaal een mail ter herinnering. Op basis van de extractie maakt Calculus een concept-declaratie overzicht dat aan de praktijken voorgelegd wordt via het VIP Live portaal. Patiënten waarbij de hoofbehandelaar nog onbekend is zullen op "BEPAAL" staan. Nadat de praktijken deze lijsten heeft bekeken en beoordeeld levert de praktijk deze lijsten aan via het VIPLive portaal. Na aanlevering door de praktijk wordt het declaratieproces vervolgd door Calculus VIPLive. Een uitgebreid overzicht van de verschillende handelingen voor declaratie en handleidingen staan op de Cohaesie website of de handleidingenpagina van VIPLive.

Bijlage 1 Risicoschatting hart- en vaatziekten



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

Bijlage 2 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatoren en beleid

■ Zeer hoog risico
 ■ Hoog risico
 ■ Laag tot matig verhoogd risico

	Streefwaarde LDL-cholesterol (mmol/l)			Streefwaarde systolische bloeddruk (mmHg)			Beleid
	≤ 70 jaar	> 70 jaar		≤ 70 jaar	> 70 jaar		
		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar	
Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte (onder andere acuut coronair syndroom; angina pectoris; coronaire revascularisatie; TIA of beroerte; aorta-iliofemorale atherosclerose; aorta-aneurysma; claudicatio intermittens of perifere revascularisatie). Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie	< 1,8	< 2,6	Indien medicatie wordt gegeven bij voldoende levensverwachting: < 2,6	< 140 (eventueel < 130 ^a)	< 150 (eventueel < 140 ^a)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Medicamenteuze therapie meestal aangewezen
Diabetes mellitus met orgaanschade , zoals proteinurie, of met een belangrijke risicofactor, zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (TC > 8 mmol/l) of ernstig verhoogde bloeddruk (≥ 180 mmHg)	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130 ^a)	< 150 (eventueel < 140 ^a)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	
Ernstige chronische nierschade: eGFR < 30 of 30-44 met ACR 3-30; eGFR 45-59 met ACR > 30 Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met SCORE ≥ 10%							
Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 met ACR < 3; eGFR 45-59 met ACR 3-30; eGFR ≥ 60 met ACR > 30 De meeste andere personen met diabetes mellitus die geen zeer hoog risico hebben Ernstig verhoogde enkele risicofactor (TC > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg) Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met SCORE ≥ 5% en < 10%	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130 ^a)	< 150 (eventueel < 140 ^a)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Overweeg medicamenteuze behandeling
Tienjaarsrisico op sterfte aan HVZ met SCORE < 5%. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie. Jongeren met DM type 1 zonder klassieke risicofactoren	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Leefstijladvies aanbevolen Medicamenteuze therapie zelden aangewezen

eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate/geschatte nierfunctie; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol); SCORE = Systematic Coronary Risk Evaluation; TC = totaal cholesterol.

^a Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.

Bijlage 3 SCORE-tabel zonder preventieve medicatie

Bloeddruk	Vrouwen					Mannen					TC-HDL-ratio															
	Niet-rooker		Rooker			Niet-roker		Roker																		
180	4	5	6	7	8	8	9	11	12	15	18	13	15	18	21	26	31	18	21	26	31	Sterfte	Sterfte			
160	3	3	4	5	6	6	6	7	9	11	13	7	9	11	13	16	19	23	9	11	13	16	19	23	Sterfte	Sterfte
140	2	2	3	3	4	4	5	5	6	8	10	4	5	6	8	11	14	17	4	5	6	8	11	14	Sterfte	Sterfte
120	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	3	4	4	5	7	8	10	3	4	5	7	8	10	Sterfte	Sterfte
180	2	3	3	4	5	5	6	6	7	8	10	5	6	8	10	12	15	18	5	6	8	10	12	15	Sterfte	Sterfte
160	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	9	11	3	4	5	6	7	9	Sterfte	Sterfte
140	1	1	2	2	2	2	2	3	4	4	5	2	3	3	4	5	6	8	2	3	3	4	5	6	Sterfte	Sterfte
120	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	3	4	5	7	2	2	2	3	4	5	Sterfte	Sterfte
180	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	6	3	4	5	6	8	9	12	3	4	5	6	8	9	Sterfte	Sterfte
160	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	Sterfte	Sterfte
140	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	4	5	6	1	2	2	3	4	5	Sterfte	Sterfte
120	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	
180	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	3	4	5	6	7	9	2	3	4	5	6	7	Sterfte	Sterfte
160	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	
140	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	
120	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	
180	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	
160	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	
140	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	
120	0	0	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	Sterfte	Sterfte	

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

Bijlage 4 Aandachtspunten CVRM (VIPlive)

In onderstaand overzicht is per indicator de criteria te vinden.

	Indicator	Criteria
1	Patiënten met CVRM en hoofdbehandelaar is NIET specialist	Episode K74, K75, K76, K89, K90.02, K90.03, K91, K92.01 of K99.01 (HVZ) OF (K86 of K87) met C02, C03, C07, C08 of C09 (VVR) OF T93 met C10 (VVR) OF risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019 = rood of geel (RH19_KQ_FB, 3953) of risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2012 = rood (RH12_KQ_FB) en leeftijd <70 jaar (VVR) OF CNS is matig of sterk verhoogd EN hoofdbehandelaar CVRM (CVHB_KZ, 2815) antwoord NIET specialist
2	Aantal patiënten met een CVA/TIA met onvoldoende gebruik van plaatjesremmers <3 mnd.	K90.03 of K89 EN geen actueel gebruik B01AC (einddatum B01AC in afgelopen 3 mnd.)
3	Aantal patiënten met coronaire ziekte zonder een voorschrift bètablokker <12 mnd.	K74 of K75 of K76 EN geen C07 <12mnd
4	Aantal patiënten met albuminurie en zonder ACE/ARB <12 mnd.	Laatste ALBK U MI >3 EN GEEN C09A of C09B of C09C of C09D <12 mnd.
5	Aantal patiënten met zeer hoog risico (HVZ) <70 jaar met een laatste LDL >1,8 en zonder statine <12 mnd.	HVZ EN Leeftijd <70 EN laatste 542, LDL B of 2683, LDLD B >1,8 EN GEEN C10 <12 md En GEEN labcode 3936 (GSTA_AQ)
5.1	Aantal patiënten met zeer hoog risico (HVZ) <70 jaar met een LDL >1,8 en statine zonder intensivering	HVZ EN Leeftijd <70 EN laatste 542, LDL B of 2683, LDLD B >1,8 EN WEL C10 <12 md EN GEEN intensivering* van de statines (C10)
5.3	Aantal patiënten met zeer hoog risico (Ernstige CNS, DM2 met orgaanschade, RH19 antw. 635) <70 jaar met een laatste LDL >2,6 en zonder statine <12 mnd.	CNS sterk verhoogd OF DM2 met orgaanschade (F83.01 OF U98.03 of P17 OF T93.00 OF T93.0 OF T93.03 OF T93.04 OF K86 OF K87) OF RH19=rood ooit EN Leeftijd <70 EN laatste 542, LDL B of 2683, LDLD B >2,6 EN GEEN C10 <12 md En GEEN labcode 3936 (GSTA_AQ)

5.4	Aantal patiënten met zeer hoog risico (Ernstige CNS, DM2 met orgaanschade, RH19 antw. 635) <70 jaar met een LDL >2,6 en statine zonder intensivering	CNS sterk verhoogd OF DM2 met orgaanschade (F83.01 OF U98.03 of P17 OF T93.00 OF T93.0 OF T93.03 OF T93.04 OF K86 OF K87) OF RH19=rood ooit EN Leeftijd <70 EN laatste 542, LDL B of 2683, LDLD B >2,6 EN WEL C10 <12 mnd EN GEEN intensivering* van de statines (C10)
6	Aantal patiënten met hoog risico <70 jaar met een LDL >2,6 en zonder statine <12 mnd.	(CNS matig verhoogd OF VVR) EN Leeftijd <70 EN laatste 542, LDL B of 2683, LDLD B >2,6 EN GEEN C10 <12 mnd. EN GEEN labcode 3936 (GSTA_AQ)
6.1	Aantal patiënten met hoog risico <70 jaar met een LDL >2,6 en statine zonder intensivering	(CNS matig verhoogd OF VVR) EN Leeftijd <70 EN laatste 542, LDL B of 2683, LDLD B >2,6 EN WEL C10 <12 mnd. GEEN intensivering* van de statines (C10)
7	Aantal patiënten zonder familiale hypercholesterolemie (geen K93.04 en geen 2054 antw. Nee) en met een ooit extreem verhoogde cholesterol	GEEN T93.04 EN geen registratie 2054, FHC TQ antw. nee. EN Als geen C10 voorschrift <12mnd EN (542, LDL B of 2683, LDLD B of 3826, NHDL B)>5 ooit OF (192, CHOL B MT of 181, CHHD B MI) >8 ooit Als wel C10 voorschrift <12mnd EN laatste (192, CHOL B) of (181, CHHD B)>8 inclusief correctiefactor
8	Aantal patiënten met zeer hoog risico <70 jaar met een syst. Bloeddruk >140 en zonder antihypertensivum <12 maanden	Leeftijd <70 EN HVZ OF CNS is sterk verhoogd EN laatste 1744, RRSY KA of 3326, RRS7 KA MH of 2659, RRGs KA MH of 3336, RR3S KA of 2055, RRSY KA MH >140 EN GEEN C02C, C02D, C02K, C02L, C02N, C03, C04, C07, C08 of C09 <12mnd

8.1	Aantal patiënten met zeer hoog risico <70 jaar met een syst. Bloeddruk >150 en antihypertensivum zonder intensivering	Leeftijd <70 EN HVZ OF CNS is sterk verhoogd EN laatste 1744, RRSY KA of 3326, RRS7 KA MH of 2659, RRGs KA MH of 3336, RR3S KA of 2055, RRSY KA MH >150 EN GEEN C02, C03, C04, C06, C07, C08 of C09 <12mnd EN GEEN intensivering* van de antihypertensiva
9	Aantal patiënten >80 jaar met een diastole. Bloeddruk <70 en antihypertensivum <12 mnd.	Leeftijd >80 EN 1740, RRD1 KA of 2660, RRGD KA MH of 3327, RRD7 KA of 3337, RR3D KA <12mnd geregistreerd EN laatste 1740, RRD1 KA of 2660, RRGD KA of 3327, RRD7 KA of 3337, RR3D KA <70 EN C02, C03, C04, C06, C07, C08 en/of C09 <12mnd
10	Aantal patiënten met ongewenste medicatiecombinaties en risicofactoren	(C09A of C09B) en (C09C of C09D) OF (C09A of C09B) met C10BX10 <12mnd OF (C09C of C09D) met (C10BX04, C10BX06, C10BX07, C10BX11 t/m C10BX15) <12mnd OF (C07 of C09BX02) en (C03A, C09XA52, C09XA54, C09DX06, C09DX01, C09DX03, C09BX03, C03BA04, C03BB04, C03EA06, C03BA11, C09BX01 of C10BX13) <12mnd EN (T82, T83, A91.05, T90 of 1272 QUET AO>26)

* Intensivering: een verandering in de ATC-code in de afgelopen 4 maanden.

Lijst van gebruikte meetwaarden

NHG-nummer	Memo	Omschrijving
40	ALBK U MI	albumine/creatinine ratio urine (ACR)
181	CHHD B MI	Cholesterol/HDL-cholesterol ratio
192	CHOL B MT	Cholesterol totaal
542	LDL B	LDL-cholesterol
1272	QUET AO	BMI
1740	RRDI KA	Diastolische bloeddruk
1744	RRSY KA	Systolische bloeddruk

1919	KREM O FB	EGFR volgens MDRD-formule
2054	FHC TQ	Familiaire hypercholesterolemie (comorb)
2055	RRSY KA MH	Systolische bloeddruk (thuismeting)
2659	RRGS KA MH	Gemiddelde syst. Bloeddruk (24-u meting)
2660	RRGD KA MH	Gemiddelde diast. Bloeddruk (24-u meting)
2683	LDLD B	LDL-cholesterol direct
2815	CVHB KZ	Hoofdbehandelaar CVRM
3241	RH12 KQ FB	Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019
3326	RRS7 KA MH	gem. syst. Bloeddruk (5-7 dg thuismeting)
3327	RRD7 KA MH	Gemiddelde diastolische bloeddruk (5-7 dg thuismeting)
3336	RR3S KA	Gemiddelde systolische bloeddruk (30 min. meting)
3337	RR3D KA	Gemiddelde diastolische bloeddruk (30 min. meting)
3583	KREC O FB	eGFR volgens CKD-EPI formule
3826	NHDL B	Non-HDL cholesterol
3907	EGFC O FB	eGFR-cystatine-c vlgns CKD-EPI formule
3908	EGCC O FB	eGFR-creatinine-cystatin-c CKD-EPI form.
3953	RH19 KQ FB	Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn 2019

ICPC-code	Omschrijving	ATC	Omschrijving
A91.05	Gestoorde glucosetolerantie	B01AC	Plaatjesremmer
K74	Angina pectoris	C02	Antihypertensiva
K75	Acuut myocardinfarct	C03	Diuretica
K76	Andere/chronische ischemische hartziekte	C07	Beta blokkers
K86	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	C08	Calciumantagonisten
K87	Hypertensie met orgaanbeschadiging/secundaire hypertensie	C09	Middelen aangrijpend op de renine angiotensine
K89	Passagère cerebrale ischemie/TIA	C10	Lipideverlagende middelen
K90	Cerebrovasculair accident (CVA)		

K90.02	Intracerebrale bloeding
K90.03	Cerebraal infarct
K91	Atherosclerose
K92.01	Claudicatio intermittens
K99.01	Aneurysma aorta
T82	Adipositas
T83	Overgewicht
T90.2	Diabetes mellitus type 2
T93	Vetstofwisselingsstoornis
T93.04	Familiaire hypercholesterolemie/lipidemie