

Werkprotocol CVRM huisarts en POH

Doelen van de behandeling

- Opsporen van patiënten met een (zeer) hoog risico op HVZ
- Het leveren van optimale zorg waarmee (hernieuwd) optreden van HVZ wordt voorkomen
- Uniforme en adequate aanpak met goede samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn
- Ondersteunen en versterken van zelfmanagement in overleg met de patiënt
- Het leveren van de juiste zorg op de juiste plaats

1.1 Werkwijze

Aanbieden schatting risico HVZ bij voorkeur eerst via “testurisiko.nl”.

Stel cardiovasculair risicoprofiel op bij patiënten met:

- Doorgemaakte HVZ¹, Diabetes Mellitus (DM), chronische nierschade;
- Belaste familieanamnese voor HVZ (1^e graads familielid; ♂≤55 jr, ♀≤65 jr);
- Verdenking erfelijke dyslipidemie;
- Bekende aanwezige risicofactoren, zoals roken, obesitas (BMI≥30), verhoogde bloeddruk of cholesterol);
- COPD;
- Reumatoïde artritis.

Overweeg een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen bij:

- patiënten met ankyloserende spondylitis (M. Bechterew), artritis psoriatica, jicht, kanker in het verleden, hiv-infectie, inflammatoire darmziekten (colitis ulcerosa/Crohn), OSAS, overgewicht (≤70jr: BMI≥25; >70jr: BMI ≥28);
- Patiënten met een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara), hindoestaanse, Aziatische-Surinaamse of Caribische achtergrond;
- Vrouwen vanaf 45 jaar met pre-eclampsie of zwangerschapshypertensie in voorgeschiedenis: overweeg screening hoge bloeddruk en diabetes elke vijf jaar.

Stap 1: Inventarisatieconsult door POH (eventueel met mantelzorg!):

Anamnese: Roken, voeding, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, familieanamnese HVZ, psychosociale factoren (=lage SES, werk- familie stress, sociale isolatie en psychiatrische aandoening), medicatie.

Lichamelijk onderzoek (biometrie): Bloeddruk (op indicatie thuismeting of 24-uursbloeddrukmeting), gewicht, lengte, BMI (evt. middelomtrek), polsritme.

Aanvullend onderzoek: Bloed: lipidspectrum, nuchtere glucose, creatinine(-klaring) en kalium;
Urine: albumine-creatinineratio. Optioneel: ECG

Registratie in HIS protocol: Risicoschatting HVZ

¹Atherosclerotische hart- en vaatziekten: myocardinfarct, angina pectoris, hartfalen, herseninfarct, TIA, aneurysma aortae en claudicatio intermittens.



Stap 2: Eerste indeling in risicocategorieën

Kijk in tabel 1 of patiënt bij voorbaat in een risicocategorie valt. Indien (zeer) hoog risico) dan is geen kwantitatieve risicoschatting meer nodig.

Tabel 1 Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie 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 aange- toonde atherosclerotische stenose of ischemie	< 1,8	< 2,6	Indien medicatie wordt gegeven bij voldoende levensverwachting: < 2,6	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Medicamenteuze therapie meestal aangewezen
Diabetes mellitus met orgaan- schade, zoals proteïnurie, of met een belangrijke risico- factor, 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 lipidenver- lagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Overweeg medicamenteuze behandeling
Ernstige chronische nier- schade: eGFR < 30 of 30-44 met ACR 3-30; eGFR 45-59 met ACR > 30							
Een berekend tienjaarsrisico op 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	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenver- lagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 dia- stolisch	Leefstijladvies Overweeg medicamenteuze behandeling
De meeste andere personen met diabetes mellitus die geen zeer hoog risico hebben							
Ernstig verhoogde risicofactor, bijvoorbeeld TC > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg							
Tienjaarsrisico op HVZ met SCORE ≥ 5% en < 10%							
Tienjaarsrisico op 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

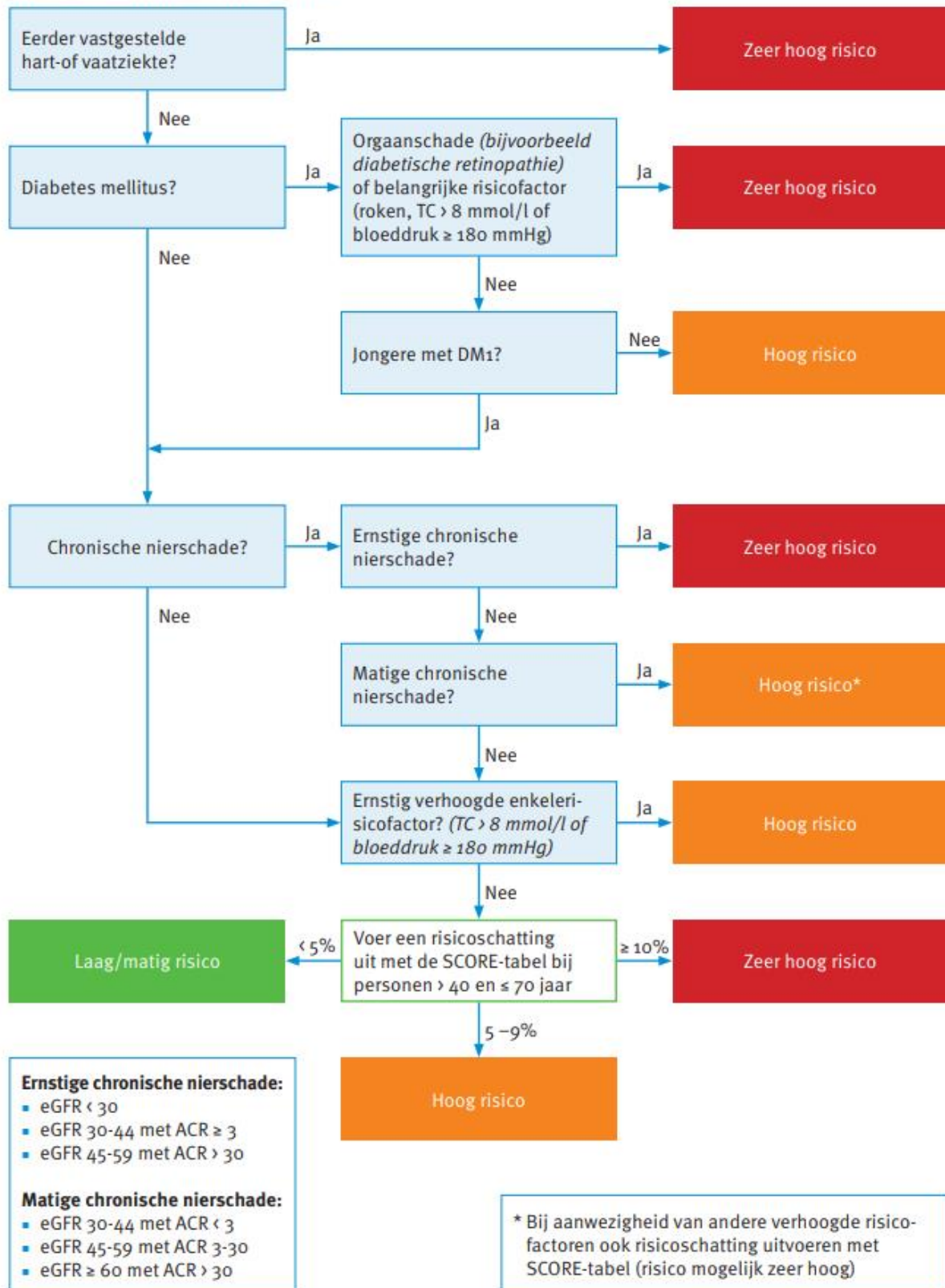
eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate/geschatte nierfunctie; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol); SCORE = Systematic Coronary Risk Evaluation; TC = totaal cholesterol.

* Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.



Een hulpmiddel hierbij is onderstaande figuur:

Figuur 2 Risicoschatting hart- en vaatziekten



Stap 3: Kwantitatieve risicoschatting

Schat het absolute 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ met behulp van de SCORE-tabel (tabel 2).

Bij Reumatoïde artritis geldt een vermenigvuldigingsfactor van 1,5.

Bloeddruk	Vrouwen								Mannen								Leefstijl																				
	Niet-rookster				Rookster				Niet-roker				Roker																								
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26													
180	4	5	6	7	8	10	8	9	11	12	15	18	7	8	10	12	15	18	21	25	31	Sterfte	7	8	10	12	15	18	13	15	18	21	25	31	Sterfte		
160	3	3	4	5	6	7	6	6	7	9	11	13	5	6	7	9	11	13	16	19	23	Ziekte + Sterfte	5	6	7	9	11	13	9	11	13	16	19	23	Sterfte		
140	2	2	3	3	4	5	4	5	5	6	8	9	3	4	5	6	8	9	11	14	17	Sterfte	3	4	5	6	8	10	7	8	9	11	14	17	Sterfte		
120	1	2	2	2	3	4	3	3	4	5	6	7	2	3	4	4	5	7	8	10	13	Sterfte	2	3	4	4	5	7	5	5	7	8	10	13	Sterfte		
180	2	3	3	4	5	6	4	5	6	7	8	10	4	5	6	8	10	12	15	18	22	Sterfte	4	5	6	8	10	12	8	10	12	15	18	22	Sterfte		
160	2	2	2	3	3	4	3	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	9	11	13	16	Sterfte	3	4	5	6	7	9	6	7	9	11	13	16	Sterfte		
140	1	1	2	2	2	3	2	2	3	4	4	5	2	3	3	4	4	5	6	8	9	12	Sterfte	2	3	3	4	5	6	4	5	6	8	9	12	Sterfte	
120	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	3	4	2	2	2	3	4	4	5	7	9	9	Sterfte	2	2	2	3	4	5	3	4	4	5	7	9	Sterfte	
180	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	4	6	3	3	4	5	6	8	9	12	15	Sterfte	3	3	4	5	6	8	5	6	8	9	12	15	Sterfte		
160	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	3	4	5	7	8	11	Sterfte	2	2	3	4	5	7	4	5	7	8	11	Sterfte			
140	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	3	4	5	6	8	8	Sterfte	1	2	2	3	4	5	3	4	5	6	8	8	Sterfte		
120	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	3	4	5	Sterfte	1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	4	5	Sterfte		
180	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	6	7	9	Sterfte	2	2	2	3	4	5	3	4	5	6	7	9	Sterfte		
160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	4	5	6	Sterfte	1	1	2	2	3	4	2	3	3	4	5	6	Sterfte		
140	<1	<1	<1	<1	1	1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	5	6	Sterfte	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	Sterfte		
120	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	4	5	Sterfte	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	Sterfte		
180	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	5	6	Sterfte	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	Sterfte		
160	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4	5	6	Sterfte	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	4	Sterfte		
140	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	2	2	3	Sterfte	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	Sterfte	
120	0	0	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	Sterfte	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Sterfte

Stap 4a: Schakelconsult huisarts indien (zeer) hoog risico op HVZ:

- Uitleg risico
- Bespreken voor- en nadelen medicatie
Bij HVZ in familie, lage SES-klasse, stress/angst/depressie, verhoogde calciumscore (indien bekend), COPD, artritis psoriatica of jicht eerder overgaan op medicamenteuze behandeling
- Bespreken behandelplan
- Instellen op medicatie (zie Medicamenteuze therapie)
- Maak episode en eventueel contra-indicatie aan
- Bij bereiken streefwaarden: controle POH (stap 5)

NB:

- Bij SBD ≥ 180 mmHg nader onderzoek secundaire oorzaak hypertensie
- Bij totaal cholesterol >8 mmol/l of TC/HDL ratio >8 : onderzoek naar familiale hyperlipidemie
- Sterk belaste familie anamnese met plotse hartdood: naar cardioloog of klinisch geneticus.



Stap 4b: Adviezen en informatie indien laag tot matig verhoogd risico

Leefstijladviezen (voor afstemming van de voorlichting met andere disciplines, zie paragraaf 2.3.2):

- Bied bij roken stoppen met roken aan
- Zorg voor voldoende bewegen: tenminste 5 dagen/week 30 min. per dag, bijv. fietsen, stevig wandelen, tuinieren etc.
- Zorg voor goede voeding (volgens Richtlijnen goede voeding)
- Beperk alcoholgebruik: voor zowel vrouwen als mannen geldt maximaal 1 glas per dag
- Zorg voor een optimaal gewicht: BMI ≤ 25 kg/m² (<70jr), BMI ≤ 30 kg/m² (≥ 70 jr)
- Ga na of er stressfactoren aanwezig zijn en of de patiënt deze wil aanpakken
- Verdere informatie: Thuisarts.nl en informatiemateriaal Hartstichting en HartVaatGroep.

Stap 5 Controles door POH in KIS

- Leefstijladviezen en voorlichting (zie stap 4b)
- Vraag naar welbevinden, klachten en problemen (kortademigheid, oedeem, moeheid, pijn kuiten bij lopen)
- Bespreek bij elk contact roken (evt. opnieuw), koffie, drop, zout, alcohol, gewicht, stress
- Informeer bij elk contact naar therapietrouw en eventuele belemmeringen
- Informeer naar mogelijke bijwerkingen medicatie (spierpijn, orthostatische hypotensie etc.)
- Bepaal gewicht/BMI minimaal 1x p/j en het polsritme/-frequentie
- Meet de bloeddruk, bij instelfase om de 2-4 weken (bij SBD ≥ 140 mmHg, herhalen na 2 weken), wanneer goed ingesteld jaarlijks; op indicatie: 24-uursbloeddrukmeting of thuismeting
- Bepaal LDL-c in instelfase 3-maandelijks (hoeft niet nuchter)
- Bepaal jaarlijks in bloed nuchtere glucose, LDL-c, creatinine(klaring) en Kalium en in urine albumine-creatinine ratio.

De uitslagen moeten worden gecommuniceerd met de apotheek in het kader van de medicatiebewaking.

- Bepaal CK en transaminasen bij statinegebruik alleen bij verdenking op toxiciteit, ernstige spierklachten, vermoeden leverfalen in overleg met de huisarts
- Bepaal in bloed creatinine(-klaring) en Kalium bij gebruik diureticum, ACE-remmer of ARB: na starten en bij elke aanpassing van dosering: na 10-14 dagen bij bereiken onderhoudsdosering: na 3 en 6 maanden, en daarna jaarlijks bij daling nierfunctie: zie NHG-standaard Chronische Nierschade (M109)
- Bij goede instelling: ontraad staken of verlagen dosering medicatie.

Verwijzing

- Verwijs eventueel naar paramedici en/of apotheek. Voor verwijscriteria zie punt 4 in dit werkprotocol.

Overleg met huisarts bij:

- Alarmsignalen zoals druk/pijn op de borst, toenemende pijn in benen bij lopen, pijn in benen bij rust
- Tekenen van hartfalen (moe, kortademig, oedeem)
- Vermoeden bijwerkingen medicijnen
- SBD bij herhaling boven de streefwaarden (zie 1.5)
- Irregulaire pols of boven de streefwaarden (>100 p/m)
- LDL-cholesterol boven de streefwaarde (zie kopje LDL-cholesterol) of andere afwijkende laboratorium uitslagen.

Registratie:

- Aanmaken/aanpassen probleemlijst in het kader van CVRM in HIS
- Zo nodig contra-indicaties invoeren
- Invoeren huisarts als hoofdbehandelaar CVRM



- Indien van toepassing registreren als niet-programmatische zorg
- Indien polyfarmacie-gesprek; ICPC-code A49.02

1.2 Voorlichting, informatie en educatie

Gedurende het gehele traject is er sprake van voorlichting, informatie en educatie. Deze worden vooral gegeven tijdens het schakelconsult met de huisarts en het eerste consult van de POH (zie werkprotocol huisarts en POH). Vervolgens gaat de POH tijdens de vervolgcontroles na welke voorlichting etc. er nog herhaling of aanvulling behoeft.

Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van de voorlichtingsmaterialen van de Hartstichting en de HartVaatGroep.

Voor websites kan verwezen worden naar www.thuisarts.nl, www.hartstichting.nl en www.heartfailurematters.org (hartfalen).

Daarnaast wordt door andere eerstelijnszorgverleners ook voorlichting gegeven. Deze vindt vooral plaats op het specifieke gebied van de desbetreffende zorgverleners (zie daartoe de werkprotocollen).

1.3 Verwijscriteria

Fysiotherapeut:

- 1 Indien de patiënt niet voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en hij/zij dit ook na advies van de POH na drie maanden niet effectief heeft opgepakt.
- 2 Indien er dusdanig beperkende voorwaarden zijn dat niet verwacht kan worden dat de patiënt zelf aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen gaat voldoen; er wordt dan direct verwezen.

Deze criteria gelden met name voor patiënten met een HVZ.

NB. Als de POH/huisarts een eenmalige beweegscreening van de fysiotherapeut wenselijk vindt, dan kan dit eventueel als onderdeel van een goedgekeurd beweegprogramma gedeclareerd worden. De POH/huisarts verwijst de patiënt hiervoor *met een onderzoeksvraag* naar de fysiotherapeut.

Diëtist:

- Dieetadviezen in het kader van hypertensie, hyperlipidemie, overgewicht en/of chronische nierschade
- Indien bij huisarts of praktijkondersteuner het vermoeden bestaat van ongezonde voedingsgewoonten/ voedingsproblemen. Extra aandacht voor voedingsgewoonten en gewicht in situaties van stress en ploegendiensten, menopauze en stoppen met roken.

Apotheek:

Jaarlijkse medicatiecheck als er sprake is van polyfarmacie (≥ 5 soorten medicatie). Vooral bij mensen boven de 65 jaar en/of een slechte nierfunctie ($eGFR < 50 \text{ ml/min/1,73m}^2$)

- Als de patiënt problemen ervaart met de medicatie die niet direct opgelost kan worden door huisarts of POH, zoals therapietrouw en problemen met de inname.
- Als een weekdoseersysteem wenselijk is als patiënt niet meer goed in staat is zelf de medicatie juist in te nemen.

1.4 Verwijsinformatie

Bij verwijzing via KIS naar een paramedicus stuurt de POH de volgende informatie mee:

- Specifieke vraagstelling
- Zorgproduct
- Relevante co-morbiditeit

1.5 Bloeddruk



Streefwaarden systolische bloeddruk

- In het algemeen: <140mm Hg
- Indien medicatie goed verdragen wordt en bij personen met een hoger risico door co-morbiditeit (CNS en DM met orgaanschade): <130 mmHg
- Vitale ouderen: <150mmHg (bij niet optreden van bijwerkingen <140 mmHg)
- Kwetsbare ouderen: <150 mmHg (bij diastolische bloeddruk <70 mmHg medicatie eventueel verlagen). Stop laagdrempelig met antihypertensiva bij het optreden van een mogelijke bijwerking of bij een geringe geschatte resterende levensverwachting

Medicatie:

- Stap 1: Keuze afhankelijk van patiëntkarakteristieken (zie tabel 3).
- Stap 2: Voeg een ander middel uit stap 1 toe
Combineer bij voorkeur geen betablokker met diuretica
Geen ACE-remmer met ARB
- Stap 3: Voeg derde middel toe
- Stap 4: voeg eventueel spironolacton toe
- Stap 5; bij niet bereiken streefwaarde: overweeg verwijzing

Tabel 4 Voorkeursgeneesmiddelen in specifieke situaties

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

ACE-R = angiotensineconverterende enzymremmer; ARB = angiotensinereceptorblokker; diuretica = thiazide of thiazideachtig; MI = myocardinfarct; non-dihydropyridine-calciumkanaalblokkers zijn verapamil en diltiazem

1.6 LDL-Cholesterol

Streefwaarden LDL-c:

- Patiënten met HVZ: <1,8 mmol/L
- Patiënten met (zeer) hoog risico: < 2,6 mmol/L

Tabel 3 Berekening van de LDL-daling

LDL-cholesterolstreefwaarde	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
LDL-daling	< 40%	≥ 40%

Therapieschema cholesterolbehandeling

Stap 1: statine



- Bij < 40% gewenste LDL-daling: geef atorvastatine 1dd10mg, rosuvastatine 1dd5mg of simvastatine 1dd40mg.
- Bij \geq 40% gewenste LDL-daling: geef atorvastatine 1dd20mg of rosuvastatine 1dd10mg.
- Geef bij chronisch gebruik van CYP3A4-remmende of -inducerende middelen pravastatine 1dd40mg.

Stap 2: intensiveer de lipidenverlagende therapie

- Indien de streefwaarde niet is bereikt, de patiënt geen (ernstige) bijwerkingen heeft en gemotiveerd is de therapie te intensiveren: verhoog de dosering in stapjes tot de maximale dosering (atorvastatine 1dd80mg, rosuvastatine 1dd40mg). Vervang simvastatine 40mg bij onvoldoende effect door atorvastatine 10-20mg of rosuvastatine 5-10mg.

Stap 3: toevoegen ezetimib

- Indien de streefwaarde niet is bereikt: voeg ezetimib 1dd10 mg toe bij patiënten mét hart- en vaatziekten \leq 70 jaar. Weeg bij overige patiënten de voor- en nadelen samen af
- Ouderen (> 70 jaar): overweeg toevoegen van ezetimib alleen bij niet-kwetsbare ouderen met harten vaatziekten.
- Overweeg verwijzing bij onvoldoende bereiken van de streefwaarde.

Stopcriteria bij leeftijd > 70 jaar

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

1.7 Registratie Chronische Nierschade

Indien eGFR <60ml/, dan:

- In probleemlijst: Chronische nierinsufficiëntie U99.01
- Invoeren contra-indicatie CI 033
- Noteren diagnostisch element NIEFUN Stadium nierfunctie (kiezen: G2 t/m G5)

Indien ACR>2.5 dan:

- Noteren diagnostisch element ALBUMQ Stadium albuminurie (kiezen A2 of A3)

Indien ACR.2,5, maar GEEN e GFR<60 ml?min, dan:

- In probleemlijst albuminurie U98.03
- NIET invoeren contra-indicatie CI 033

Let op: in de loop der tijd kunnen deze registraties wijziigen!