

**Zorgprogramma
1e lijns keten-DBC
Cardio Vasculair Risicomanagement
(CVRM)**



Inhoud

1. Inleiding	3
2. Diagnostische fase en inclusie- en exclusiecriteria.....	5
2.1 Diagnostische fase	5
2.1.1 Risicoprofiel	5
2.1.2 Risicoschatting.....	7
2.2 Inclusie- en exclusiecriteria	7
2.2.1 Inclusiecriteria.....	8
2.2.2 Exclusiecriteria.....	9
3. Intake.....	11
3.1 In kaart brengen van de patiënt.....	11
4. Instelfase.....	12
4.1 Persoonsgerichte zorg	13
4.1.1 Algemeen.....	13
4.1.2 Individueel zorgplan.....	14
4.1.3 Zelfmanagement.....	14
4.1.4 Voorlichting en advies (Patiëntinformatie)	15
4.2 Stap 1 in de behandeling: Leefstijl-advisering op maat	15
4.2.1 Zorgmodule Stoppen met roken	15
4.2.2 Zorgmodule Voeding en gewicht (inclusief beperken alcoholgebruik)	15
4.2.3 Zorgmodule Bewegen.....	16
4.2.4 Psychische problemen (angst, depressie)	16
4.3 Medicamenteus beleid	17
4.3.1 Bloeddruk.....	17
4.3.2 Lipiden	18
4.3.3 Verminderde nierfunctie	18
4.3.4 De oudere patiënt in de keten	19
4.3.5 Secundaire preventie.....	19
4.4 Onvoldoende verbetering: beleid bij therapieresistentie.....	19
4.4.1 Therapieresistente hypertensie	19
4.4.2 Niet bereiken van de LDL-streefwaarde	20
5. Stabiele fase.....	21
5.1 Periodieke controle: ongecompliceerd.....	21
6. Verwijscriteria	22
6.1 Verwijzing naar 1 ^e lijns ketenpartners	22
6.1.1 Diëtist.....	22
6.2 Verwijzing naar 2 ^e -lijns ketenpartners binnen de keten.....	23
6.2.1 Verwijzing naar de internist / vasculair geneeskundige binnen de keten.....	23
6.2.3 Verwijzing naar de internist/nefroloog binnen de keten.....	25

1. Inleiding

In dit document is de inhoud van het zorgprogramma Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) van Keten zorg Friesland vastgelegd. In het zorgprogramma vindt u het zorgprotocol voor de huisartsenpraktijk en een overzicht van de verwijismogelijkheden en -criteria, inclusief het wisselprotocol. Het zorgprogramma is onderdeel van het Digitale Handboek CVRM van Keten zorg Friesland, met daarin alle relevante documenten (werkinstructies, handleidingen etc.) die betrekking hebben op de zorgverlening binnen de keten DM2. Het handboek is in de meest actuele versie te allen tijde raadpleegbaar op de website van Keten zorg Friesland.

In het zorgprogramma CVRM is de huisarts de hoofdbehandelaar en regievoerder over het (keten-) zorgproces, hij¹ is medisch eindverantwoordelijk voor de behandeling. De hoofdbehandelaar stelt de behandeling vast in samenspraak met de patiënt en zijn² cliëntsysteem, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens verantwoordelijkheid. Samen met de patiënt wordt een individueel zorgbehandelplan opgesteld en de uitvoering daarvan bewaakt. Waar nodig wordt verwezen naar ketenpartners die, onder regie van de hoofdbehandelaar, specifieke zorgtaken op zich nemen.

Het zorgprogramma is gebaseerd op de NHG-Standaard CVRM (M84) en de Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement 2013 van het Platform Vitale Vaten. Het boek *Protocolair CVRM editie 2016* van J.K.W. de Boer maakt onderdeel uit van het handboek. Voor verdieping zal naar deze uitgaven worden verwezen.

Doel

Dit zorgprogramma is bestemd voor bij Keten zorg Friesland aangesloten huisartsen, praktijkondersteuners en ketenpartners die multidisciplinaire zorg verlenen aan patiënten van 18 jaar en ouder die op basis van de inclusie- en exclusiecriteria opgenomen worden in de eerstelijns keten-DBC CVRM. Het doel van dit zorgprogramma is driedig:

- het is een praktische handleiding;
- het is een uitwerking van de overeenkomst CVRM, die huisartsen en ketenpartners met Keten zorg Friesland hebben gesloten;
- het bevat geformaliseerde samenwerkingsafspraken met alle betrokken ketenpartners.

Leeswijzer

Het zorgprogramma is opgebouwd conform de fasen van het zorgproces (zie schema). De diagnostische fase valt buiten de DBC, maar wordt wel beschreven in het zorgprogramma, vanwege het belang voor inclusie in de keten. De patiënt kan om verschillende redenen (zoals onvoldoende verbetering of een gecompliceerd beloop) verwezen worden naar een ketenpartner, deels binnen en deels buiten de keten. In hoofdstuk 2 worden de diagnostische fase en inclusie- en exclusiecriteria beschreven, hoofdstuk 3 beschrijft de intake, hoofdstuk 4 de instelfase en hoofdstuk 5 gaat in op de stabiele behandel fase. De verwijismogelijkheden en -criteria zijn beschreven in hoofdstuk 6. Verspreid in het zorgprogramma zijn kaders opgenomen met verwijzingen naar actuele onderzoeken en inzichten uit de literatuur. Deze zijn ter kennisname.

Vanuit de inhoudsopgave is direct doorklikken naar de gewenste paragraaf mogelijk. Aan het einde van een paragraaf vindt u de voor dit gedeelte relevante links.

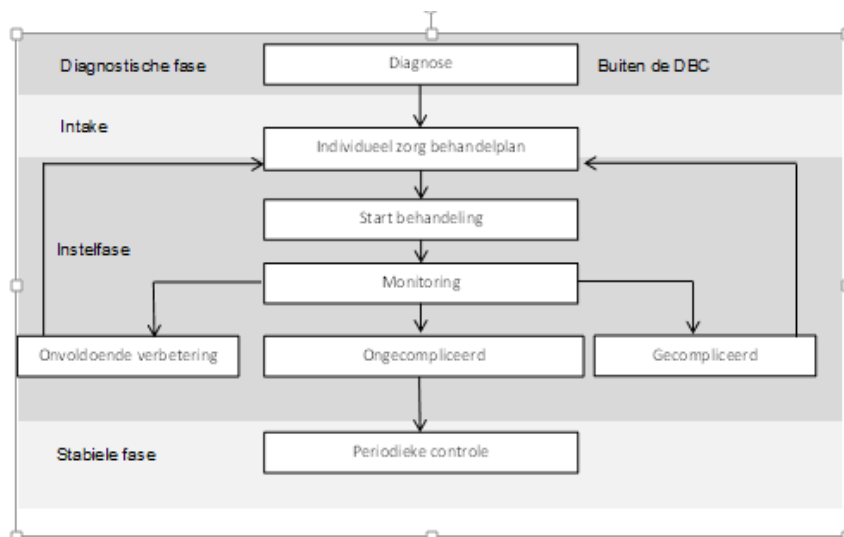
¹ Voor hij kan ook zij gelezen worden

² Voor zijn kan ook haar gelezen worden.

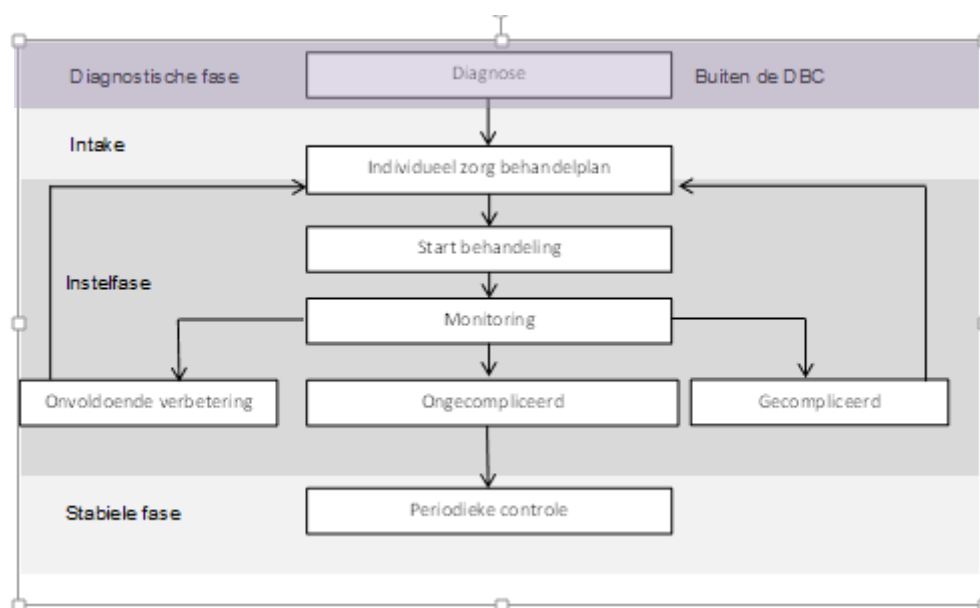
Relevante links

- [Voorwaarden-voor-aanmelden](#)
- [NHG-Standaard CVRM 2012](#)
- [Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement voor zorgverleners Platform Vitale Vaten \(2013\)](#)

Zorgproces



2. Diagnostische fase en inclusie- en exclusiecriteria



2.1 Diagnostische fase

Voorafgaand aan de keten: herkenning en opsporing

In de keten-DBC CVRM worden patiënten opgenomen die voldoen aan de inclusiecriteria en niet uitgesloten worden op basis van de exclusiecriteria. Deze criteria worden in paragraaf 2.2 verder uitgewerkt. Voor patiënten die niet bekend zijn met Hart- en Vaatziekte wordt het risico bepaald na opstellen van een risicoprofiel en risicoschatting. Het bepalen van het risico op Hart- en Vaatziekte valt buiten de keten maar wordt hier volledigheidshalve wel behandeld.

2.1.1 Risicoprofiel

Omdat het risico op Hart- en Vaatziekte multifactorieel bepaald is, moeten de risicofactoren in samenhang worden beoordeeld. Dit gebeurt middels het opstellen van een risicoprofiel. De al dan niet beïnvloedbare risicofactoren staan in de onderstaande tabel.

Risicofactoren voor HVZ	Beïnvloedbaar door patiënt en/of zorgverlener
▪ Gevorderde leeftijd ▪ Geslacht (man) ▪ Roken ▪ Hoge bloeddruk ▪ Hoog bloedglucosegehalte ▪ Hoog cholesterolgehalte (TC/HDL-ratio) ▪ Nierfunctie-stoornis ▪ Hart- en vaatziekten in de familie ▪ Ongezonde voedingsgewoonten ▪ Overmatig alcoholgebruik ▪ Lichamelijke inactiviteit ▪ Hoge Body Mass Index (BMI) en middelomtrek	nee nee ja ja ja ja nee ³ nee ja ja ja ja

Tabel 1.

³ De huisarts moet wel het medicijngebruik checken op medicatie die de nierfunctie kan doen verminderen.

Opstellen van een risicoprofiel gebeurt:

1. op initiatief van de patiënt (bijv. als vervolg op de risicoscore in het kader van het online NHG-preventieconsult)
2. op initiatief van de huisarts/POH op basis van signalering bij spreekuurbezoek van de patiënt
3. naar aanleiding van een verwijzing vanuit elders
4. door casefinding op basis van extractie van patiëntgegevens vanuit het HIS.

Casefinding⁴ conform de NHG-standaard

Aanleidingen om bij patiënten zonder HVZ, DM of RA een risicoprofiel voor HVZ op te stellen, kunnen zijn:

- de wens van de patiënt
- klachten
- een belaste familieanamnese
- rookgedrag
- overgewicht
- (post)menopauze (met name bij vrouwen die zwangerschapscomplicaties hebben doorgemaakt, zoals DM, hypertensie en pre-eclampsie).

Het opstellen van een risicoprofiel dient altijd te worden aangeboden aan patiënten die bekend zijn met:

- SBD > 140 mmHg
- TC > 6,5 mmol/l
- roken ≥ 50 jaar
- antihypertensiva- of statinegebruik
- een belaste familieanamnese voor HVZ, gedefinieerd als 'een vader, moeder, broer of zus die voor het 65e levensjaar een hart- en vaatziekte heeft'. Bij allochtone bevolkingsgroepen verdient dit extra aandacht (zie paragraaf Opstellen van het risicoprofiel in de NHG-standaard)
- chronische nierschade:
 - o leeftijd < 65 jaar: eGFR < 60 ml/min/1,73 m²
 - o leeftijd ≥ 65 jaar: eGFR < 45 ml/min/1,73 m²
- en/of (micro)albuminurie.

Omdat patiënten die antipsychotica gebruiken door meerdere factoren een verhoogd risico hebben, wordt voor deze patiënten ook een risicoprofiel opgesteld.

Ook patiënten met reuma (en DM) hebben een verhoogd risico, bij hen wordt 15 jaar bij de werkelijke leeftijd opgeteld.

Risicofactoren NHG

Risicofactoren⁵	ICPCⁱ
Verhoogde bloeddruk (systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg).	K85, K86, K87
Verhoogd cholesterolgehalte in het bloed (ratio totaal cholesterol/HDL)	T93
Roken	P17

Tabel 2.

Risicoverhogende factoren bij patiënten met een 10-jaarsrisico op HVZ van 10 tot 20%

⁴ Met behulp van een HIS-extractie op basis van relevante ICPC-codes (zie tabel 2) zowel als Reumatoïde Artritis (L88.01) en zwangerschapsgelateerde problematiek (W84, W81) en op basis van medicatie (ATC-codes C02, C03, C07, C08, C09 en/of C10) en ook antipsychotica (ATC code N05A), worden allereerst de patiënten geselecteerd waarbij mogelijk sprake is van een verhoogd cardiovasculair risico. Vervolgens wordt per individuele patiënt de risicoscore bepaald volgens de NHG-tabel.

⁵Diabetes Mellitus kent ook een verhoogd risico, maar valt buiten het bestek van deze keten-DBC.

	Niet risico verhogend	Mild risico verhogend	Sterk risico verhogend
Eerstegraadsfamilielid met premature HVZ	geen	1 familielid < 65 jaar	≥ 2 familieleden < 65 jaar óf ≥ 1 familielid < 60 jaar
Lichamelijke activiteit	≥ 30 min/d, ≥ 5 dgn/wk	< 30 min/d, ≤ 5 dgn/wk	sedentair bestaan
Lichaamsbouw	BMI < 30 kg/m ²	BMI 30-35 kg/m ²	BMI > 35 kg/m ²
eGFR	< 65 jaar: > 60 ml/min/1,73m ² ≥ 65 jaar: > 45 ml/min/1,73m ²	< 65 jaar: 30-60 ml/min/1,73m ² ≥ 65 jaar: 30-45 ml/min/1,73m ²	alle leeftijden: < 30 ml/min/1,73m ²

Tabel 3.

Relevante link

- [NHG Opstellen van het risicoprofiel](#)

2.1.2 Risicoschatting

Op basis van leeftijd, rookstatus, ratio Totaal Chol/HDL en systolische bloeddruk wordt een risicoschatting gedaan met behulp van de NHG-risicotabel. Bij een risico van 10-20% worden aanvullende risicofactoren erbij betrokken (familieanamnese, lichamelijke activiteit, lichaamsbouw en verlaagd eGFR).

Relevante links

- [NHG Risicoschatting met behulp van risicotabel](#)
- [Vaatrisico app⁶](#)

2.2 Inclusie- en exclusiecriteria

Globaal komt ongeveer 10% van de mensen (afhankelijk van de afkapwaarde) in aanmerking voor het zorgprogramma CVRM. Voor de in- en exclusie van patiënten hanteert Keten zorg Friesland de meest recente aandoeningsspecifieke set in- en exclusiecriteria van InEen.

De doelgroepen binnen het zorgprogramma CVRM van Keten zorg Friesland zijn:

- Groep 1: Patiënten met een verhoogd risico zonder HVZ (primaire preventie, in het KIS aangeduid met VVR)
- Groep 2: Patiënten met hart- en vaatziekten (HVZ) die in de 1^e lijn begeleid worden op het gebied van CVRM (secundaire preventie, in het KIS aangeduid met HVZ)

⁶ De Vaatrisico app, ontwikkeld in het UMC Utrecht, berekent op eenvoudige wijze het risico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten binnen 10 jaar. De app bevat daartoe drie instrumenten: de CVRM score risicotabel, de ADVANCE risicoscore en de SMART risicoscore.

- De CVRM SCORE is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomangement (herziening 2011).
- De ADVANCE risicoscore in deze app schat het 10-jaarsrisico op een cardiovasculair event bij mensen met type 2 diabetes mellitus zonder klinisch manifest vaatlijden (Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2011;18:393-8).
- De SMART risicoscore schat het 10-jaarsrisico op een herhaald cardiovasculair event bij mensen met manifest vaatlijden (Heart. 2013;99:866-72).

De drie scores zijn gebaseerd op gemakkelijk te meten klinische parameters. De app is alleen bedoeld voor medische professionals, het is geen zelftest voor patiënten. De app geeft ook geen behandeladviezen, maar geeft alleen het risico op hart- en vaatziekten. De SMART risicoscore en de ADVANCE score zijn niet opgenomen in Nederlandse richtlijnen en de SMART risico score is nog niet extern gevalideerd. Wij adviseren u hier rekening mee te houden bij het interpreteren van het berekende risico.

Relevante links

- [InEen inclusie- en exclusiecriteria](#)
- [Indicatorenset HVZ](#)
- [Indicatorenset VVR](#)

2.2.1 Inclusiecriteria

Inclusie vindt plaats conform de instructie in het handboek van Ketenzorg Friesland.

Groep 1: Geïnccludeerd worden:

- Patiënten met een risicoscore $\geq 20\%$ volgens de NHG-risicotabel 2011 en een indicatie voor medicamenteuze behandeling⁷ op basis van ICPC-codes K86, K87 en T93.
- Patiënten met een risicoscore tussen 10-20% plus één sterk risicoverhogende factor of 2 mild risicoverhogende factoren én een indicatie voor medicamenteuze behandeling voor hypertensie of hypercholesterolemie (LDL $>2,5$ mmol/l) op basis van ICPC-codes K86, K87 en T93.
- Patiënten met een RR >180 mm Hg of een Ratio Totaal Chol/HDL >8 .
- Patiënten die al behandeld worden met antihypertensiva en/of cholesterolverlagers (voor deze groep is het risicoprofiel door het medicijngebruik niet meer te bepalen).

Ten behoeve van het bepalen van de noodzaak van medicamenteuze behandeling is het bepalen van een nuchter lipidspectrum noodzakelijk. Voor de risicoschatting kon worden volstaan met de ratio Totaal chol/HDL.

Bij onjuiste codering van patiënten verloopt de gegevensuitwisseling tussen HIS en KIS niet goed.

Groep 2: Geïnccludeerd worden patiënten met één of meerdere aandoening(en) uit onderstaande tabel.

Aandoeningen	ICPC
Angina Pectoris	K74
Acuut Myocardinfarct	K75
Andere / chronische ischemische hartziekte	K76
Coronairsclerose	K76.01
Vroeger myocardinfarct (> 4 wk geleden)	K76.02
Passagere cerebrale ischemie/TIA inclusief arteria retinalis trombose	K89
Cerebraal infarct	K90.03
Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)/Claudicatio intermittens	K92.01
Aneurysma aortae	K99.01

Het is aanbevolen om te zoeken onder alle patiënten met codes K90 en K99 en daaruit de te includeren patiënten te selecteren. Deze patiënten krijgen altijd de juiste subcode bij het doorlopen van het dossier. Patiënten met een a.retinalis trombose worden ook geïnccludeerd. Zij worden gecodeerd met K89.

De patiënten uit groep 1 en 2 komen in aanmerking voor inclusie in de keten-DBC CVRM indien:

- de huisarts hoofdbehandelaar is;
- de patiënt (fysiek) in staat is aan het ketenzorgprogramma deel te nemen;
- de patiënt instemt met ketenzorg;
- de patiënt verzekerd is bij De Friesland Zorgverzekeraar of bij de verre zorgverzekeraars die de overeenkomst tussen Ketenzorg Friesland en De Friesland Zorgverzekeraar volgen. Welke zorgverzekeraars overeenkomst wel en niet volgen, staat vermeld in het overzicht op de website van Ketenzorg Friesland.

⁷ Ook patiënten met een risicoscore $\geq 20\%$ die, op basis van hun risico wel een indicatie voor medicatie hebben maar feitelijk geen medicatie krijgen worden geïnccludeerd in de keten.

Wanneer de patiënt onder behandeling is van de specialist vanwege zijn orgaan-specifieke lijden en de specialist de patiënt conform het wisselprotocol CVRM aan de huisarts overdraagt voor de begeleiding ten aanzien van cardiovasculaire risico's (shared care), kan deze patiënt in de keten CVRM worden opgenomen. In eerste instantie geldt dit voor alle patiënten die door de specialist al zijn of nog worden terugverwezen naar de huisarts voor de begeleiding bij CVRM. Mogelijk kan deze groep in tweede instantie verder worden verbreed naar alle patiënten die in de 2e lijn worden behandeld voor hun orgaan-specifieke lijden en daarnaast CVRM-begeleiding nodig hebben. Hiervoor zijn nadere provinciale afspraken nodig tussen de huisartsen en de betreffende specialisten.

De patiënt kan alleen geïnccludeerd worden in de keten-DBC als hij expliciet toestemming geeft voor het delen van medische gegevens met andere ketenpartners in het kader van de behandeling. Deze toestemming wordt vastgelegd in het Ketenzorg Informatiesysteem. Daarnaast wordt aan de hand van de verplichte NHG-labcode 'Deelname ketenzorgprogramma' expliciet aangegeven dat de patiënt deelneemt aan ketenzorg en in de keten-DBC is geïnccludeerd. Deze labcode draagt bij aan goede registratie van geïnccludeerde en geëxcludeerde patiënten.

Wanneer patiënten wel in aanmerking komen voor ketenzorg, maar om bepaalde redenen opname in de keten weigeren, dan wordt dit vastgelegd in het HIS. Dit kunnen ook patiënten zijn die niet in staat zijn deel te nemen aan de keten.

De patiënt is 'in zorg' indien hij voor de bij hem bestaande chronische aandoening zorg ontvangt waarvan inhoud en levering overeenkomen met de in het zorgprogramma beschreven prestaties.

2.2.2 Exclusiecriteria

Een patiënt kan elk moment worden uitgeschreven uit de DBC. De huisarts is verplicht de patiënt uit de DBC CVRM te verwijderen indien:

- de patiënt in ketenzorg DM2 is geïnccludeerd;
- de patiënt - al dan niet tijdelijk - voor behandeling van de HVZ en/of CVRM is overgedragen aan de specialist in de 2^e lijn. Deze bepaling geldt niet voor die zorgproducten van de 2^e lijn die in de DBC beschreven staan;
- de patiënt is overleden;
- de patiënt zich uitschrijft bij de praktijk van opdrachtnemer;
- opdrachtnemer niet langer hoofdbehandelaar is;
- de patiënt niet meer verzekerd is bij De Friesland Zorgverzekeraar of bij een zorgverzekeraar die de overeenkomst volgt;
- de patiënt (bijv. door persoonlijke omstandigheden) niet meer wil deelnemen aan de keten DBC CVRM of in overleg met de huisarts besluit dat deelname aan de keten niet zinvol meer is;
- er sprake is van no show;
- er geen informatie meer gedeeld mag worden;
- de patiënt een beperkte levensverwachting heeft op basis van een andere aandoening dan HVZ en de CVRM-behandeling wordt gestaakt
- de patiënt valt onder de doelgroep ouderen met uitgebreide co-morbiditeit en polyfarmacie waarbij de prioriteit aan andere behandeldoelen dan die van CVRM wordt gegeven (casemanagement i.p.v. diseasemanagement);
- de patiënt een risicoscore heeft van 10-20% zonder indicatie voor medicamenteuze behandeling.
- de patiënt op grond van de Wet langdurige zorg van een zorginstelling verblijf en behandeling ontvangt.

Exclusie wil niet zeggen: geen behandeling meer! De patiënt valt dan alleen voor zijn zorgvraag onder de reguliere huisartsenzorg.

Zorg ervoor dat patiënten tijdig worden geëxcludeerd, dit voorkomt verrekeningen achteraf. Check ieder kwartaal voor peildatum of patiënten nog terecht geïnccludeerd zijn.

Relevante links

- [Inventarisatieformulier in- en exclusie CVRM \(bij start DBC\)](#)
- Zorgverzekeraars die de overeenkomst volgen (in ontwikkeling, volgt)
- [No show beleid](#)
- [Bijlage 1 no show beleid - diagram](#)
- [Bijlage 2 no show beleid-patiëntenbrief](#)

Werkinstructies toestemming verkrijgen en informeren patiënt

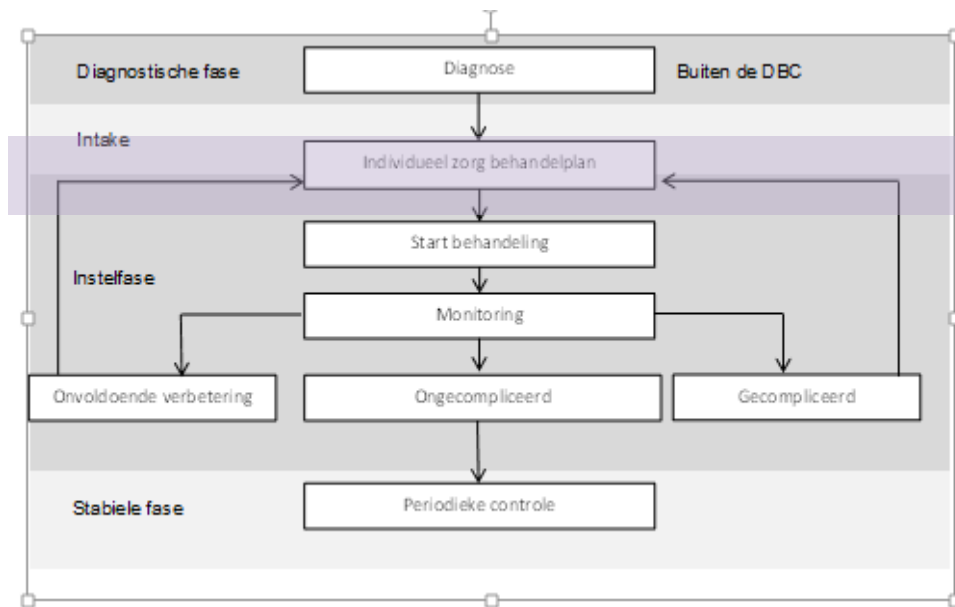
- [Toestemmingsformulier keten-DBC CVRM](#)
- [Informatiebrief CVRM spreekuur voor patiënten](#)
- [Algemene informatiefolder Ketenzorg Friesland](#)

Werkinstructies inclusie in KIS en koppeling met HIS

De volgende werkinstructies in het handboek CVRM zijn beschikbaar om de inclusie te realiseren

- [Samenvoegen en verzenden van patiëntbestand CVRM \(bij start DBC\)](#)
- [Instructie Excel-document beveiligingen met wachtwoord](#)
- [Intentieverklaring + toelichting bij intentieverklaring uitwisseling patiëntenbestanden.](#)
- [Handleiding His-Medicom \(nieuwe Q module\)](#)
- [Handleiding His-Promedico VDF](#)
- [Handleiding His-Promedico ASP](#)

3. Intake



3.1 In kaart brengen van de patiënt

Inventariseer de modificeerbare risicofactoren en maak de risico-inventarisatie compleet.

Na het stellen van de diagnose (of als een patiënt voor het eerst gezien wordt in een nieuwe setting) is het belangrijk de patiënt zo goed mogelijk in kaart te brengen. Door het Ketenzorg Informatiesysteem te volgen (is iedere vraag beantwoord) legt u de belangrijkste zaken vast en hebt u de basis gelegd voor de behandeling. De vragen gemarkeerd met een rode ster zijn verplicht en worden gebruikt voor de verantwoording naar de zorgverzekeraar en ten behoeve van landelijke benchmarks.

Bij sommige bevindingen in het risicoprofiel moet vervolgdagnostiek worden gedaan (zie protocolair CVRM par. 7.2.3. en hoofdstuk 8: vervolgdagnostiek).

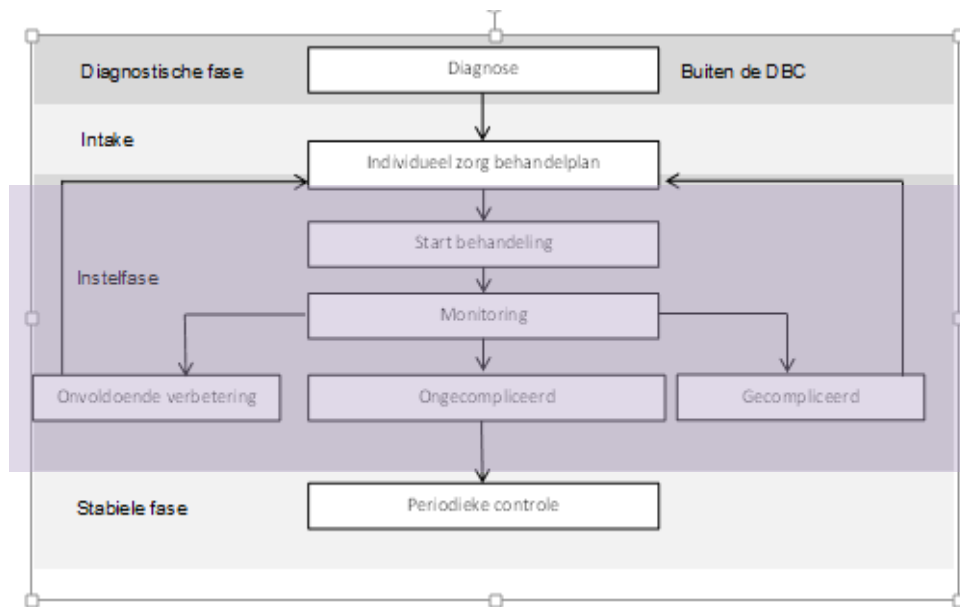
Het betreft hier:

- hypertensie diagnostiek
- diagnostiek FH
- diagnostiek chronische nierschade.

Relevante link

- [NHG Indicatie laboratoriumonderzoek ten behoeve van diagnostiek CVRM](#)

4. Instelfase



Direct na risico-inventarisatie en vervolgdagnostiek worden de ziektegeschiedenis, leefstijl en de algehele conditie in kaart gebracht. Op basis hiervan worden de individuele behandeldoelen en een individueel zorgplan opgesteld. Het individueel zorgplan wordt door de hoofdbehandelaar of de praktijkondersteuner besproken met de patiënt en/of zijn cliëntsysteem. In dit gesprek worden de algemene streefwaarden vertaald in individuele zorgdoelen waarbij de eigen inbreng van de patiënt centraal staat.

Het vaststellen van het beleid vindt plaats in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van de hoogte van het risico op HVZ, de specifieke omstandigheden van de patiënt en met erkenning van de keuzevrijheid van de patiënt. Een goed gemotiveerde keuze maken is van belang omdat preventie van HVZ alleen bij langdurige therapietrouw effectief is. In het algemeen is de streefwaarde voor de SBD ≤ 140 mmHg en de streefwaarde voor LDL $\leq 2,5$ mmol/l.

Om de patiënt een volwaardige rol te kunnen laten spelen bij de behandeling doorloopt deze een educatietraject. Hierbij wordt de patiënt begeleid naar zelfstandigheid en het dragen van eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn chronische ziekte. De patiënt ontvangt uitleg over:

- de aard van de ziekte;
- de daaruit voortvloeiende noodzaak van periodieke controle en
- de mogelijke behandelingen.

Eensgezinde praktijk werkt beter

In praktijken waarin men het eens was over het volgen van de richtlijnen bij risicopatiënten (RR<140 en LDL < 2.5) was de behandeling vaker adequaat dan in minder consistente praktijken (OR 2.74, p<0.05). Uit: NTVG, juni 2017.

Relevante link

- [NHG Richtlijnen beleid](#)

4.1 Persoonsgerichte zorg

4.1.1 Algemeen

Binnen het zorgprogramma CVRM wordt door alle zorgverleners continu rekening gehouden met het patiëntperspectief, zoals vastgesteld in de visie op zelfmanagement van KZF en de kwaliteitscriteria van Hart & Vaatgroep, op het gebied van:

Effectieve zorg

Er wordt gewerkt conform de NHG-standaard en de zorgstandaard van het platform Vitale Vaten, waarmee de effectiviteit van de (patiëntgebonden) doelstellingen geborgd wordt.

Toegankelijke zorg/patiënt gerichte zorg

Door goede patiëntinformatie over de inclusiecriteria en de laagdrempeligheid bij de zorgverleners wordt gestreefd naar optimale toegankelijkheid.

Continuïteit van de zorg

De borging van patiëntgegevens in het KIS en de onderlinge samenwerking tussen de zorgverleners zorgen ervoor dat het aanbod van zorg niet in gevaar dreigt te komen.

Regie over de zorg

Binnen het zorgprogramma is bij complexe zorg een 'casemanager' (bijv. een POH of wijkverpleegkundige) aangewezen. Deze ondersteunt de patiënt in de eigen regie over de zorg. Het werken met een Individueel Zorgplan en eventueel een patiëntenportaal bevordert de eigen regie bij de patiënt.

Informatie, voorlichting en educatie

De patiënt ontvangt bij de start van het zorgprogramma duidelijke patiëntinformatie over de inhoud en het verloop van de zorg (zie 4.1.4). De huisartsenpraktijk kan een deel van de consulttijd per patiënt benutten voor voorlichting en educatie in groepsverband. Veel patiënten waarderen contacten met andere ervaringsdeskundigen en de voorlichting over de chronische aandoening en het leven met een chronische aandoening is deels algemeen en geschikt voor bespreking in groepsverband. Beschikbare consulttijd wordt daarmee op een andere, efficiënte wijze ingezet. Tijdens het individuele consult hoeft de POH dan naar verwachting op termijn minder tijd te besteden aan algemene informatie en voorlichting. Ketenzorg Friesland kan ondersteuning bieden bij het opzetten en organiseren van groepsbijeenkomsten voor patiënten, bijv. door het delen van voorbeelden en draaiboeken voor verschillende vormen van groepseducatie. De vergoeding voor de organisatie van groepsbijeenkomsten door een of meer huisartsenpraktijken valt binnen het kwartaaltarief.

Emotionele ondersteuning, empathie en respect

Begeleiding van de patiënt op emotioneel vlak vormt een onderdeel van de inhoud van het zorgprogramma.

Veilige zorg

Binnen het zorgprogramma staat de veiligheid voor de patiënt op meerdere manieren centraal, bijvoorbeeld veiligheid voor medicatie en informatie.

Relevante link

- [Beleid groepseducatie KZF](#)

4.1.2 Individueel zorgplan

De zorgverlener draagt zorg voor een heldere uitleg aan de patiënt over de behandeling en de inhoud van het zorgprogramma. Educatie, leefstijl, zelfmanagement en eigen regie worden daarbij naar vermogen van de patiënt gedifferentieerd, de behandeling wordt hierop afgestemd.

Samen met de patiënt worden, op basis van shared decision making, persoonlijke gezondheidsdoelen geformuleerd die realistisch zijn (wenselijk en haalbaar), niet te ver in de toekomst liggen, positief zijn geformuleerd en niet concurreren met andere doelen. De POH ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren en vol te houden en het leren bieden van weerstand aan frustraties.

Ketenzorg Friesland biedt in het kader van de persoonsgerichte zorg verschillende tools aan, waarmee de POH zelfmanagement kan bevorderen. Daarnaast kunnen de huisartsenpraktijken gebruik maken van coaches op het gebied van gesprekstechnieken (MVG). De MVG-coaches kunnen de POH ondersteunen om te komen tot een meer persoonsgerichte consultvoering en daarmee zelfmanagement en regie bij de patiënt te bevorderen.

Het is van belang dat er een IZP beschikbaar is voor de patiënt en alle bij de ketenzorg betrokken zorgverleners, waarin in ieder geval de individuele behandeldoelen en -afspraken rondom de chronische aandoening duidelijk en concreet zijn omschreven.

De volgende elementen vormen samen het Individueel Zorgplan (IZP) binnen de CVRM-keten:

- risicoprofiel;
- risicofactoren;
- HVZ risico;
- individuele doelen van de patiënt en streefwaarden;
- behandeling;
- taken(verdeling);
- zelfmanagement(ondersteuning);
- centrale zorgverlener;
- hoofdbehandelaar;
- controleschema;
- evaluatiemomenten;
- afspraken;
- medicatie.

Hierbij wordt conform het IZP-concept van het NHG rekening gehouden met multimorbiditeit. In het KIS wordt vastgelegd of er een (schriftelijk) IZP aanwezig is. De patiënt kan altijd beschikken over een (geprinte) versie van het IZP.

4.1.3 Zelfmanagement

Alle ketenpartners ondersteunen en stimuleren de patiënt in zelfmanagement door:

- ondersteuning in het formuleren en realiseren van persoonlijke doelen van de patiënt (Individueel Zorgplan);
- ondersteuning bij het doorlopen van de leerprocessen;
- versterking van het vertrouwen van de patiënt in het eigen kunnen;
- geven van voorlichting en het motiveren tot aanpassing van de leefstijl.

Relevante links

- [Visie Zelfmanagement Ketenzorg Friesland](#)
- [Tools Zelfmanagement](#)

4.1.4 Voorlichting en advies (Patiëntinformatie)

Patiënten ontvangen zowel mondeling als schriftelijk voorlichting waarbij:

- de huisarts/POH bij het verstrekken van informatie uitgaat van de website Thuisarts.nl;
- de patiënt wordt verwezen naar de patiëntenversie van het zorgprogramma;
- de patiënt de algemene folder ketenzorg en informatie over de behandel- en verwijsmogelijkheden in de keten krijgt;
- de patiënt wordt geattendeerd op het bestaan van de patiëntenvereniging;
- de patiënt wordt verwezen naar de website van Ketenzorg Friesland;
- de patiënt wordt geattendeerd op voorlichtingsbijeenkomsten voor patiënten over de chronische aandoening.

Relevante links

- [Algemene informatiefolder Ketenzorg Friesland](#)
- [Patiëntenversie zorgprogramma CVRM Ketenzorg Friesland](#)
- [Patiëntenversie zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement Platform Vitale Vaten \(2015\)](#)
- [Thuisarts.nl](#)
- [Folders en links](#)
- [Activiteiten in de regio](#)

4.2 Stap 1 in de behandeling: Leefstijl-advisering op maat

Geef leefstijl-advisering op maat conform de NHG-Leefstijlmodules.

Adviseer de patiënt: gezond te eten, voldoende te bewegen, te stoppen met roken als hij rookt en een BMI tussen de 20 en 25 kg/m² na te streven.

Voor onderdelen van leefstijlgerichte interventies kan worden samengewerkt binnen de keten met de diëtist of buiten de keten worden doorverwezen naar bijv. de fysiotherapeut of de POH-GGZ (zie H 6: verwijscriteria).

4.2.1 Zorgmodule Stoppen met roken

Gedragmatige ondersteuning bij SMR in het kader van het zorgprogramma omvat:

- Korte stopadviezen gericht op gedragsverandering die huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen geven, als onderdeel van hun gebruikelijke zorgcontacten.
- Intensieve vormen van begeleiding: een serie van ten minste vier contacten van tenminste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden. Deze vorm van begeleiding kan, hetzij individueel hetzij groepsgewijs, plaatsvinden.

Huisarts en/of praktijkondersteuner (POH) werken onder de registratie in het Kwaliteitsregister van het Partnerschip Stoppen met Roken.

Relevante links

- [NHG-zorgmodule Stoppen met Roken \(Samenvatting\)](#)
- [NHG zorgmodule stoppen met roken](#)

4.2.2 Zorgmodule Voeding en gewicht (inclusief beperken alcoholgebruik)

De huisarts en/of praktijkondersteuner geven alle patiënten binnen het zorgprogramma een voedingsadvies, gebaseerd op de meest recente Richtlijn Goede Voeding van de Gezondheidsraad. Het beperken van het gebruik van alcohol is een onderdeel van dit advies. De huisarts en/of POH adviseert patiënten met overgewicht af te vallen. Bij patiënten met een BMI >25 leidt het realiseren van

5 tot 10% gewichtsverlies tot verlaging van het risicoprofiel. Het is met name ook bij ouderen (>70 jaar) belangrijk dat men op een gezonde manier afvalt en niet door te eenzijdig eten.

Belangrijke elementen in de behandeling gericht op voeding zijn:

- kennis over gezonde voeding, ook bij specifieke HVZ aandoeningen;
- inzicht in het voedingspatroon;
- inzicht in motivatie voor het aanpassen van het voedingspatroon;
- natriumbeperking;
- een concreet plan voor het aanpassen van het voedingspatroon.

Relevante links

- [NHG-protocol BMI en Middelomtrek meten](#)
- [NHG zorgmodule voeding \(samenvatting\)](#)
- [NHG zorgmodule voeding](#)
- [NHG zorgmodule alcohol \(samenvatting\)](#)
- [NHG zorgmodule alcohol](#)
- [Richtlijn Goede Voeding Gezondheidsraad \(2015\)](#)

4.2.3 Zorgmodule Bewegen

De patiënt wordt geadviseerd om een lichamelijk actieve levensstijl toe te passen, die aansluit op de mogelijkheden, motivatie en dagelijkse routine van de patiënt. Zelfs een kleine toename van lichamelijke activiteit is gunstig. Om adviezen over lichaamsbeweging op termijn op te volgen, is langdurige begeleiding, vooral gericht op gedragsverandering, nodig. Gebruik van een stappenteller kan effectief zijn om de patiënt te motiveren meer te gaan bewegen.

Alvorens een bewegingsprogramma te starten dat meer inhoudt dan wandelen, moet de huisarts nagaan of er geen (relatieve) contra-indicaties zijn voor bepaalde soorten inspanning. De fysiotherapeut kan binnen de keten worden ingezet om de beweegmogelijkheden van de patiënt in kaart te brengen en een beweegadvies op maat te geven.

Relevante links

- [NHG-protocol Leefstijl begeleiding bewegen](#)
- [NHG zorgmodule bewegen \(samenvatting\)](#)
- [NHG zorgmodule bewegen](#)
- [Beweegzoeker \(Hart & Vaatgroep\)](#)

4.2.4 Psychische problemen (angst, depressie)

Wees alert op psychische problemen zoals stress en depressie. De Instel-vragenlijst kan behulpzaam zijn bij een eerste screening op psychische problemen.

Denk bij de aanpak van leefstijlfactoren aan de mogelijkheid de patiënt binnen de keten te verwijzen naar de diëtiste voor begeleiding. Ook een verwijzing naar de fysiotherapeut voor beweegadvies binnen de keten kan overwogen worden. Zo nodig wordt de patiënt voor evaluatie of behandeling van psychosociale factoren leidend tot bijvoorbeeld stress of depressie buiten de keten verwezen naar de POH-GGZ.

Relevante link

- [INTEL depressiescreening](#)

4.3 Medicamenteus beleid

Bepaal de indicatie voor behandeling met antihypertensiva, cholesterolverlagers en/of trombocytenaggregatieremmers op basis van het al dan niet doorgemaakt hebben van een hart- en/of vaatziekte, de leeftijd en de hoogte van de systolische bloeddruk en het LDL.

Conform de NHG standaard CVRM betreft dit patiënten met:

- een doorgemaakte HVZ
- een hoog risico op HVZ (>20%) met een SBD (> 140) en/of LDL (> 2.5);
- een risico op HVZ van 10-20% + 1 sterk risicoverhogende factor of 2 mild risicoverhogende factoren en een SBD (>140) en/of LDL (> 2.5);
- een SBD > 180 of een ratio Totaal Cholesterol/HDL >8;

Bij 70-plussers worden voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling afgewogen, waarbij rekening wordt gehouden met individuele omstandigheden en co-morbiditeit;

Na de start van medicamenteuze behandeling en na aanpassing van dosering of medicatie vinden in de eerste periode extra controlebezoeken plaats.

Voor aanvullend onderzoek bij start en continueren medicamenteuze therapie, zie de indicaties voor laboratoriumbepalingen bij CVRM op de instructiekaart in het handboek. Eenmaal per 3 jaar dient bepaling van de nuchtere glucose plaats te vinden.

NB: bepaling van de HbA1c is niet geïndiceerd binnen de keten CVRM.

Zorg in cijfers: Variatie in behandeling na acuut MI

Naast aspirine zijn er na een acuut MI volgens de NHG Standaard ACS 4 verschillende medicijnen nodig. Onderzoek daarnaar gaf: antithrombotica 92%, statine 85%, bètablokker 76%, ACE-remmer 66%. Plm. de helft van alle patiënten krijgt alle 4 de middelen. Maar er is een sterke variatie per praktijk (20-70% 4 middelen). Uit: Huisarts en Wetenschap, april 2016.

Relevante links

- [NHG Medicamenteuze behandeling](#)
- [Indicaties laboratoriumbepalingen bij CVRM](#)

4.3.1 Bloeddruk

Behandeling met antihypertensiva dient stapsgewijs te gebeuren (in enkele maanden) onder regelmatige controle van de bloeddruk en is afhankelijk van het verdragen van de medicatie. Indien de streefwaarde met één middel niet wordt bereikt (bij voldoende therapietrouw), wordt aanbevolen een tweede middel toe te voegen; dit is effectiever dan het verhogen van de dosis van één enkel antihypertensivum en beperkt de bijwerkingen.

Gedurende de instelling van medicamenteuze antihypertensieve therapie wordt de bloeddruk iedere 2 tot 4 weken gecontroleerd. Naast de gebruikelijke spreekkamermeting, de thuismeting of de 24-uursmeting, kan ook de 30 minuten-meting een goed instrument zijn om witte-jassen hypertensie uit te sluiten. Zie voor de voorkeursmedicatie en het stappenplan de betreffende tabellen van de NHG.

Mocht de bloeddruk onvoldoende reageren ondanks behandeling met drie middelen in maximale dosering, evalueer dan het beleid (zie paragraaf TRH). Verwijs zo nodig naar de 2^e lijn volgens het wisselprotocol en de verwijscriteria.

Relevante links

- [NHG Bloeddrukbeplanning](#)
- [NHG-protocol Bloeddruk meten](#)
- [NHG Medicamenteuze behandeling:](#)
- [Medicatie bij hypertensie \(Farmacotherapeutisch Kompas\)](#)

4.3.2 Lipiden

Gemiddeld geeft iedere mmol/l daling van het LDL ongeveer 20% reductie van het relatieve risico op ziekte of sterfte door HVZ en 10% daling van het relatieve risico op sterfte in het algemeen. Op grond van kosteneffectiviteit wordt geadviseerd de behandeling te starten met simvastatine 40 mg/d. De LDL-streefwaarde is $\leq 2,5$ mmol/l. Na start van de behandeling met statines wordt driemaandelijks het LDL gecontroleerd en de medicatie geëvalueerd totdat de streefwaarde is bereikt. Wanneer een patiënt (bijv. op basis van een doorgemaakt myocardinfarct) door de cardioloog is ingesteld op een LDL-streefwaarde van $\leq 1,8$ mmol/l, wordt deze laatste streefwaarde aangehouden (vooruitlopend op de herziening van de NHG-standaard CVRM).

Statinetherapie bij 80-plussers: starten of staken

Voor primaire preventie is het starten met statine voor patiënt ≥ 80 jaar niet bewezen effectief. Voor preventie bij patiënt met DM2 of HVZ wel. Houd bij voorschrijven rekening met de levensverwachting versus time to benefit. Uit: Huisarts en Wetenschap, februari 2016.

Relevante links

- [NHG Medicamenteuze behandeling:](#)
- [Medicatie bij hypercholesterolemie \(Farmacotherapeutisch Kompas\)](#)

4.3.3 Verminderde nierfunctie

Eén van de eerste tekenen van een verminderde nierfunctie is de aanwezigheid van eiwit in de urine.

- Evalueer de albumine/creatinine ratio.

eGFR	Albumine-creatinineratio		
	Normaal <3	Matig verhoogd 3-30	Ernstig verhoogd >30
>60			
45-59			
30-44			
15-29			
< 15			

Let op: de uitslagen zijn alleen betrouwbaar als in het diagnostisch traject een urineweginfectie is uitgesloten en er geen sprake is van bijvoorbeeld een sterk ontregelde diabetes, koortsende ziekte of onbehandeld hartfalen.

Volg de stappen beschreven in de standaard Chronische nierschade (M109) om op basis van de eGFR en de mate van albuminurie vast te stellen of er sprake is van nierschade.

Maak onderscheid tussen:

- acute nierschade: verwijs met spoed naar de internist-nefroloog;
- geen nierschade: onderschatting GFR of niet-nefrogene oorzaak verhoogde albuminurie;
- chronische nierschade: ≥ 3 maanden verminderde nierfunctie en/of verhoogde albuminurie en/of specifieke sedimentsafwijkingen.

Bij chronische nierschade:

- bepaal het stadium van de eGFR en de albuminurie;

- bepaal de risicocategorie (zie tabel 1 NHG standaard);
- evalueer de oorzaken van de nierschade;
- evalueer het beloop van de nierschade;
- weeg bij een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit samen met de patiënt voor- en nadelen van een strikte (medicamenteuze) behandeling af.

Het beleid (voorlichting, niet medicamenteuze- en medicamenteuze behandeling en controles of consultaties/verwijzingen) wordt op basis van de NHG-standaard ingezet en vervolgd

Relevante links

- [NHG-Standaard Chronische nierschade \(M109\)](#)
- [Indicaties laboratoriumbepalingen bij CVRM](#)

Patiënt met CNS onvoldoende in beeld bij de huisarts

Onderzoek betrof 60.000 patiënten, hieronder 9000 patiënten met CNS, grotendeels in de 1^e lijn. Bij 42% werd het beloop van de nierfunctie adequaat gevolgd, de metabole parameters slechts bij 2%. De streefwaarde van de RR werd slechts bij 42% gehaald. Uit: Huisarts en Wetenschap, juli 2016.

Beoordeel of de patiënt met chronische nierschade volgens het wisselprotocol verwezen zou moeten worden naar de 2^e lijn (zie hoofdstuk 6).

4.3.4 De oudere patiënt in de keten

Bij een oudere patiënt (thuis of in een zorginstelling) kan de zorg waar nodig aangepast worden. De standaarden van de NHG (DM2, CVRM, Chronische Nierschade), de Verenso-richtlijn voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek en de Indicatoren van InEen zijn met elkaar vergeleken. De analyse en de conclusies vindt u in onderstaande link.

Relevante link

- [De oudere patiënt in de keten](#)

4.3.5 Secundaire preventie

Bij de begeleiding van patiënten die vanwege een doorgemaakte hart-of vaatziekte geïnccludeerd zijn in de keten CVRM is het van belang om bij de controles te checken of de patiënt de voor die aandoening noodzakelijke medicatie gebruikt. Tevens moet er voldoende aandacht zijn voor verschijnselen die kunnen wijzen op een recidief of progressie van de aandoening. De informatie over deze zaken bij de patiënt met claudicatio intermittens (PAV), een AAA, of een status na hart-of herseninfarct/TIA is te vinden in onderstaande link.

Relevante link

- [Secundaire preventie](#)

4.4 Onvoldoende verbetering: beleid bij therapieresistentie

4.4.1 Therapieresistente hypertensie

TRH is gedefinieerd als een SBD >140 mm Hg ondanks gebruik van drie antihypertensiva van verschillende klassen (idealerweise inclusief een diureticum) en in adequate doseringen. TRH is vrijwel altijd multifactorieel bepaald.

Een patiënt heeft pas daadwerkelijk therapieresistente hypertensie als andere oorzaken van een slecht gereguleerde bloeddruk zijn uitgesloten. Screen daarom op therapie-ontrouw, secundaire oorzaken en witte-jassen hypertensie. Overweeg verwijzing naar de diëtiste en beoordeel of de patiënt volgens het wisselprotocol verwezen zou moeten worden naar de 2^e lijn (zie hoofdstuk).

Relevante link

- [NHG Beleid bij therapieresistentie](#)

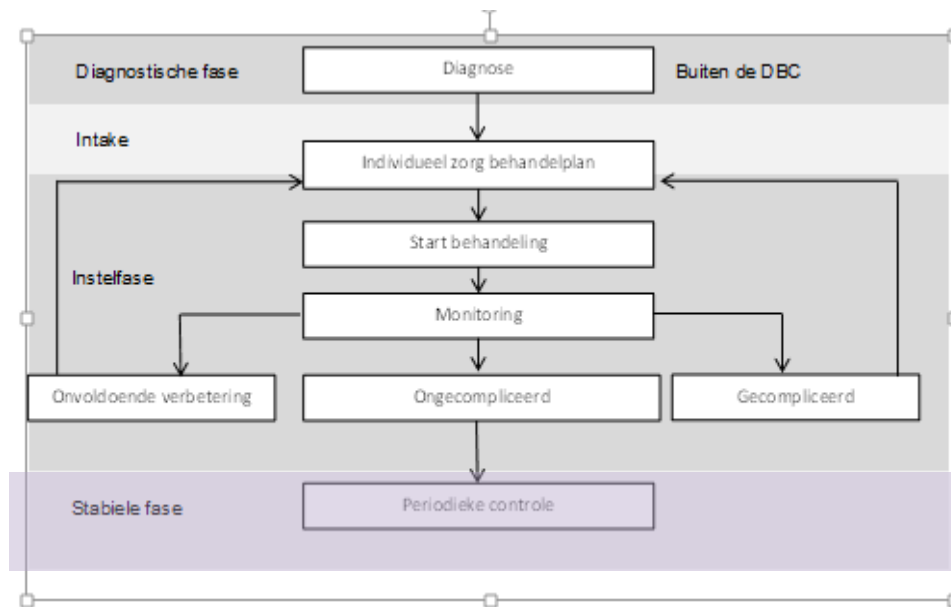
4.4.2 Niet bereiken van de LDL-streefwaarde

Evalueer therapietrouw, leefstijlfactoren en sluit LDL-verhogende aandoeningen uit. Overweeg verwijzing naar de diëtiste en beoordeel of de patiënt bij het niet-bereiken van de streefwaarde volgens het wisselprotocol verwezen zou moeten worden naar de 2^e lijn (zie H: 6). Bij patiënten met coronaire afwijkingen / myocardinfarct geldt conform de richtlijn van de cardiologen een streefwaarde LDL <1.8. Indien deze streefwaarde voor de patiënt is vastgesteld wordt dit aangehouden.

Relevante link

- [NHG Beleid bij therapieresistentie](#)

5. Stabiele fase



5.1 Periodieke controle: ongecompliceerd

Voor een blijvend effect van de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling dient een duidelijke follow-up te worden afgesproken. Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de (co)morbiditeit en de persoonlijke wensen van de patiënt. Het is van groot belang bij elk contact te informeren naar de therapietrouw (zowel medicamenteus als niet-medicamenteus) en daar bij de behandeling rekening mee te houden. Bij patiënten die roken is het belangrijk het stoppen met roken te bevorderen door hier regelmatig op terug te komen. Samenwerking tussen patiënt, behandelend arts en andere (paramedische) behandelaars is gewenst.

Voor alle patiënten is na juiste instelling van de medicamenteuze behandeling reguliere controle van het risicoprofiel noodzakelijk. Voor geïncludeerde patiënten zonder HVZ of RA gelden de volgende aanbevelingen: na instelling van de behandeling is jaarlijkse evaluatie van de therapie gewenst, waarbij tevens wordt nagegaan of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel (bijvoorbeeld roken, HVZ in de familie, SBD, BMI). Bij patiënten met HVZ of RA is frequentere controle aangewezen dan bij patiënten zonder HVZ of RA.

Relevante links

- [Samenvatting NHG-standaard Follow-up](#)
- [NHG Follow-up](#)
- [NHG-protocol Bloedglucose meten](#)

6. Verwijscriteria

De huisarts is regiehouder van het ketenproces. In verschillende situaties is consultatie van of verwijzing naar een andere zorgverlener wenselijk. In de keten-DBC CVRM zijn de volgende ketenpartners betrokken:

- diëtisten;
- internisten / vasculair geneeskundigen
- internisten / nefrologen.

De huisarts/praktijkondersteuner verwijst de patiënt conform de werkinstructie naar de ketenpartners, ná inclusie in de keten, bij het niet behalen van behandoelen. De hieronder genoemde zorgproducten per ketenpartner en daarmee de financiering van deze zorg vallen binnen de ketenzorg. De patiënt betaalt hiervoor geen eigen risico. Verwijzingen buiten de keten of zorg die niet onder de genoemde zorgproducten valt (bijv. een beweegprogramma) vallen wel onder het eigen risico van de patiënt.

Bij verwijzing naar een ketenpartner ontvangt deze ketenpartner relevante informatie middels het Ketenzorg Informatiesysteem, met daarin overdracht van de aard van de opdracht en de gegevens van de patiënt (NAW, BSN, geslacht, geboortedatum, zorgverzekeraar, polisnummer en de benodigde medische gegevens). De ketenpartner wordt tevens op de hoogte gebracht van het feit dat de patiënt is aangesloten bij de 1e lijns DBC DM2 van Ketenzorg Friesland. Voor het aanvragen van laboratoriumbepalingen dient het Ketenzorg Friesland aanvraagformulier laboratoriumbepalingen te worden gebruikt.

Hieronder staan de afspraken die Ketenzorg Friesland met ketenpartners heeft gemaakt met betrekking tot verwijzingen binnen de keten-DBC CVRM en de overeengekomen zorgproducten.

6.1 Verwijzing naar 1^e lijns ketenpartners

Handleidingen voor verwijzen zijn beschikbaar via het KIS

6.1.1 Diëtist

De diëtiste verzamelt relevante medische gegevens en voert diëtistisch onderzoek uit om de patiënt te kunnen adviseren over zijn voeding als onderdeel van de behandeling van de chronische aandoening/het verhoogde risico en om te adviseren over het optimaliseren van de kwaliteit van leven, waarbij zelfredzaamheid en zelfmanagement op de voorgrond staan. Het advies wordt geformuleerd als onderdeel van het Individueel Zorgbehandelplan (IZP). De patiënt begrijpt de relatie tussen zijn voedingspatroon en de (ernst van de) chronische aandoening.

Consultatie of verwijzing: huisarts naar diëtist		
Criteria	Zorgproducten diëtist	Terugverwijzing
Nieuw gediagnosticeerde patiënten bij wie bijvoorbeeld sprake is van: - Dyslipidemie - Hypertensie - Nierproblemen - ondergewicht (BMI <21) - overgewicht (BMI >30), - (mogelijke) eetproblematiek, bijv. door lichte depressie - complicaties waarbij aanpassing van de voeding zinvol is	Eerste begeleiding patiënt (D1) -180 minuten	Bij het behalen van de behandoelen uit het Individueel Zorgplan

- andere specifieke vragen of problemen met betrekking tot de voeding		
- Intensieve begeleiding bestaande patiënt in vervolgjaar - Maximum tijd bij lopende behandeling niet toereikend	Begeleiding patiënt (vervolgverwijzing) (D2a) – 120 minuten	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan
- Ongewenste gewichtsverandering - Complicaties - Eetproblematiek - Jaarcontrole op indicatie - Wijziging leef-/werkomstandigheden - Maximum tijd bij lopende behandeling niet toereikend.	Begeleiding patiënt (vervolgverwijzing) (D3) – 60 minuten Follow-up van de behandeling op indicatie	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan

Relevante links

- [Instructiekaart DBC CVRM - Verwijzing naar diëtist](#)

6.2 Verwijzing naar 2^e-lijns ketenpartners binnen de keten

De huisarts of praktijkondersteuner verwijst de patiënt op indicatie naar een 2^e-lijns zorgverlener.

Hieronder vindt u een overzicht van verwijscriteria en verwijsmogelijkheden binnen de keten.

Bij alle andere verwijssredenen naar de 2^e lijn wordt de patiënt (tijdelijk) geëxcludeerd uit de keten. Raadpleeg het wisselprotocol voor details over de specifieke verwijzingen.

Relevante link

- [Wisselprotocol CVRM](#)

6.2.1 Verwijzing naar de internist / vasculair geneeskundige binnen de keten

Aangezien de werkwijze van de internisten in de verschillende Friese ziekenhuizen kan verschillen, is het aan de internist om te bepalen of een email-consult of specialistische consultatie binnen de keten voor de betreffende indicatie mogelijk is. Indien dat niet het geval is wordt dit direct teruggekoppeld aan de huisarts, die vervolgens in samenspraak met de patiënt eventueel zorgt voor een reguliere verwijzing naar de 2^e lijn. Dit valt dan buiten de keten en valt daarmee onder het eigen risico van de patiënt. De internist bepaalt tevens of het consult door de internist zelf of door de verpleegkundige wordt opgepakt.

Bij spoedsituaties is altijd telefonisch overleg met de dienstdoende internist aangewezen. Eventueel kan dan achteraf registratie in het KIS plaatsvinden.

Er kan via het KIS worden verwezen naar de internist/vasculair geneeskundige voor:

- een e-mailconsult
- een specialistisch consult op de polikliniek.

Hieronder staat beschreven op basis van welke criteria er een verwijzing gedaan kan worden.

De internist bepaalt of de verwijzing binnen de keten wordt opgepakt en door wie dit wordt uitgevoerd.

Consultatie of verwijzing: huisarts naar internist/vasculair geneeskundige binnen de keten

Criteria⁸	Zorgproducten internist	Terugverwijzing
De huisarts/POH heeft een concrete, specifieke vraag zonder noodzaak om de patiënt voor een consult te sturen, met het doel de behandeling in de eerste lijn voort te zetten.	E-mailconsult – 10 minuten Een email-consult wordt binnen 3 dagen beantwoord door de 2 ^e -lijns zorgverlener.	Patiënt blijft in 1 ^e lijn.
De huisarts / POH verwijst voor een specialistische consultatie bij diagnostische problemen, onvoldoende resultaten op de medische behandeldoelen of onvoldoende resultaat bij de zorg rond complicaties. Patiënten bij wie bijvoorbeeld sprake is van: - vermoeden secundaire hypertensie - vermoeden therapieresistente hypertensie - verdenking erfelijke of secundaire vetstofwisselingsstoornis - niet bereiken van de streefwaarde LDL - eerder rhabdomyolyse bij gebruik van een statine - prematuur atherosclerotisch of trombotisch vaatlijden - onbegrepen verdenking eindorgaanschade op jonge leeftijd	Eerste specialistische consultatie – 50 minuten	Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de 1e lijn.
Diagnostische problemen, onvoldoende resultaten op de medische behandeldoelen, onvoldoende resultaat bij de zorg rond complicaties. Het vervolgconsult volgt op aangeven van de internist op de eerste specialistische consultatie.	Vervolg specialistische consultatie – 30 minuten) (1 en maximaal 2 consulten)	Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de 1e lijn.

⁸ Bij andere dan hier genoemde vaatgerelateerde problemen wordt buiten de keten verwezen naar bijv. cardioloog, neuroloog of vaatchirurg.

6.2.3 Verwijzing naar de internist/nefroloog binnen de keten

Consultatie of verwijzing: huisarts naar internist/nefroloog binnen de keten		
Criteria	Zorgproducten nefroloog	Terugverwijzing
Behoeftte aan advies rond de eerste-lijnsbehandeling bij nierfunctiestoornissen. De huisarts vraagt specialistisch advies zonder noodzaak om de patiënt voor een consult te sturen, met het doel de behandeling in de eerste lijn voort te zetten.	Telenefrologie-consult – 10 minuten	Patiënt blijft in de 1 ^e lijn
Patiënten met chronische nierschade: ≥ 3 maanden verminderde nierfunctie en/of verhoogde albuminurie: met ongeacht de leeftijd: - eGFR ≥ 60 en een ACR > 30 mg/ml - idem eGFR 45-59 en ACR > 30 mg/ml - eGFR 30-44 en ACR > 3 mg/ml - eGFR ≤ 29 ml en/of specifieke sedimentsafwijkingen. <i>NB macro-albuminurie (ACR > 300 mg/ml) is een reden tot verwijzing naar de 2^e lijn buiten de keten</i>	Eerste specialistische consult - 50 minuten	Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de 1 ^e lijn.
Diagnostische problemen, onvoldoende resultaten op de medische behandel-doelen, onvoldoende resultaat bij de zorg rond complicaties. Het vervolgconsult volgt op aangeven van de nefroloog op de eerste specialistische consultatie.	Vervolg specialistische consultatie – 30 minuten	Bij mogelijkheid tot continuering van de behandeling in de 1 ^e lijn.