

# Regionaal zorgplan Hart- en Vaatziekten



**Opgesteld door Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL)**

Versie december 2020

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Definitie patiëntenpopulatie HVZ	4
1.2 Epidemiologie	4
<b>2. Opstarten HVZ begeleiding in de praktijk</b>	<b>5</b>
2.1 Richt uw ICT in	6
2.2 Maak praktische werkafspraken	11
2.3 Regionale samenwerkingsafspraken	13
2.4 Volg nascholingen op HVZ gebied	13
2.5 Afsluiting implementatietraject (voorheen audit/visitatie)	13
<b>3. Zorgproces HVZ</b>	<b>14</b>
3.1 Identificatie	14
3.2 Anamnese/probleeminventarisatie	15
3.3 Gezamenlijke besluitvorming / individueel zorgplan	15
3.4 Niet-medicamenteuze interventies	16
3.5 Medicamenteuze behandeling	20
3.6 Follow up	21
<b>4. Inrichten van het CVRM spreekuur</b>	<b>22</b>
4.1 Inhoud van het CVRM consult	22
4.2 Controle frequentie	23
4.3 Toepassen van persoonsgerichte zorg	23
<b>5. Bijlagen: Formulieren en andere hulpmiddelen</b>	<b>24</b>
<b>Bijlage 1. Voorbeelden oproepbrieven</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage 2. Vragenlijst CVRM spreekuur</b>	<b>28</b>
<b>Bijlage 3. Nadere uitwerking gerichte leefstijl adviezen</b>	<b>29</b>
<b>Bijlage 4. Streefwaarden HVZ</b>	<b>35</b>
<b>Bijlage 5. Stappenplan ‘Gestoorde nuchtere glucose’</b>	<b>36</b>
<b>Bijlage 6. Nadere uitwerking medicamenteuze behandeling</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage 7. Laboratorium en aanvullend onderzoek</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 8. HVZ zorgpaden</b>	<b>47</b>
Angina Pectoris	48
Doorgemaakt Myocard Infarct	49
Transient Ischaemic Attack (TIA)	50
Cerebraal infarct en intracerebrale bloeding	51
Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)	52
Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA)	53
<b>Bijlage 9. Validaties</b>	<b>54</b>
<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>56</b>

## 1. Inleiding

Dit regionale zorgplan Hart- en Vaatziekten (HVZ) richt zich op de verbetering van huisartsenzorg aan volwassen HVZ patiënten. Hart- en Vaatziekten zijn door atherotrombotische processen veroorzaakte hart- en vaatziekten met klinische manifestaties (hartinfarct, angina pectoris, cerebraal infarct, intracerebrale bloeding (subarachnoïdale bloeding valt buiten het bestek van dit zorgplan), Transient Ischaemic Attack (TIA), aneurysma aortae en perifere arterieel vaatlijden). Het doel van de zorg is het bevorderen van een optimaal beleid van de behandeling van HVZ patiënten, waardoor kans op nieuwe manifestaties van HVZ én de kans op complicaties als gevolg van HVZ worden verminderd.

Dit alles vindt plaats door het uitvoeren van cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Onder CVRM bij HVZ patiënten wordt dan ook verstaan: de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren bij HVZ, inclusief leefstijladvisering en begeleiding. Naast het ziektespecifieke beleid wordt tevens aandacht besteed aan de generieke aspecten van de aandoeningen bij de HVZ patiënten. Het toepassen van gedeelde besluitvorming, individuele zorgplan en zelfmanagement speelt eveneens een belangrijke rol bij zorgverlening rondom een HVZ patiënt.

Input voor het regionaal zorgplan HVZ ZEL komt vanuit de volgende documenten:

- Zorgstandaard CVRM (2013) van Platform Vitale Vaten (Hartstichting)
- Regionale Transmurale Afspraken HVZ (2017)
- NHG-standaard CVRM (2019)
- Multidisciplinaire richtlijn CVRM (2019)
- Praktische handleiding in de NHG standaard CVRM (2019), versie 2.1 juli 2020.

In dit zorgplan wordt onder andere beschreven van welke regionale mogelijkheden praktijken gebruik kunnen maken om hun CVRM zorg te leveren. Doel van het regionale Hart- en vaatziekten protocol is standaardisatie en kwaliteitsbewaking van deze zorg binnen ZEL door een uniforme opsporing, diagnosestelling, behandeling en begeleiding.

*Het concept regionale zorgplan HVZ is in expertgroep-bijeenkomsten met afgevaardigden van cardiologen, neurologen, vaatchirurgen en vasculair internisten van het Reinier de Graaf ziekenhuis en Franciscus Vlietland ziekenhuis besproken en op basis van hun inbreng op enkele punten aangepast. Dit heeft geleid tot voorliggend definitief document. Op basis van voortschrijdend inzicht en wijzigingen in toekomstige richtlijnen zullen zo nodig aanpassingen worden gemaakt.*

## 1.1 Definitie patiëntenpopulatie HVZ

Het zorgplan is opgesteld voor alle patiënten met HVZ die worden behandeld in de eerste lijn. Daartoe behoren:

- Angina pectoris;
- Myocardinfarct\*;
- Andere chronische/ischemische hartziekten;
- Cerebraal infarct;
- Intracerebrale bloeding;
- Transient Ischaemic Attack (TIA);
- Claudicatio Intermittens;
- Aneurysma aortae.

\* onder myocardinfarct wordt zowel het acuut myocardinfarct als het doorgemaakt myocardinfarct verstaan. In het kader van secundaire preventie zal het in de eerste lijn vooral gaan over het beleid bij doorgemaakt myocardinfarct. In de betreffende zorgpaden wordt ook het beleid bij acuut myocardinfarct besproken.

## 1.2 Epidemiologie

Op basis van de cijfers van 2018 heeft 1.275.200 mensen van de Nederlandse bevolking ooit een HVZ doorgemaakt. Hart- en vaatziekten komen in totaal iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Uitgaande van de 17,1 miljoen inwoners in Nederland komt dat op landelijk niveau neer op zo'n 7,5% van de bevolking. Voor een normpraktijk van 2.095 patiënten zijn dat circa 156 patiënten.

**Tabel 1. Epidemiologie HVZ 2018**

Type hart- en vaatziekten	Mannen	Vrouwen
Coronaire hartziekten	482.500	296.400
Beroerte	247.600	248.700
<b>Totaal</b>	<b>730.100</b>	<b>545.100</b>

(bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn)

Patiënten die HVZ hebben doorgemaakt, hebben een duidelijk verhoogd risico op progressie van de ziekte en nieuwe HVZ. Ook is er vaak sprake van co-morbiditeit. Patiënten met een reeds manifeste HVZ hebben een aanzienlijk hoog risico op DM en andersom.

## 2. Opstarten HVZ begeleiding in de praktijk

Voor de logistieke inrichting van het CVRM spreekuur voor HVZ patiënten is het essentieel dat iedereen binnen de praktijk weet wie wat doet. De inrichting van dit proces is afhankelijk van de individuele situatie in de praktijk. Bij het inrichten van het HVZ spreekuur is het volgen van een CVRM implementatie traject (CRIT) een leidraad. In onderstaande tabel staan de verschillende onderdelen van het CRIT beschreven. Deze onderdelen worden in praktijk vaak niet volgordeijk geïmplementeerd.

**Tabel 2. CRIT 2020**

CRIT 2020	Checklist implementatietraject
1	Richt uw ICT in: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Maak een overzicht van de HVZ patiënten</li> <li>b) Hanteer het HIS risico profiel aan de hand van de minimale indicatoren set</li> <li>c) Doe dossier onderzoek conform het stroomdiagram en de werkwijzer</li> </ul>
2	Maak praktische werkafspraken en leg deze vast: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Diagnostiek en behandeling op basis van het regionale HVZ zorgplan</li> <li>b) Taken huisarts, POH en doktersassistent</li> <li>c) Ad hoc/ spoed overleg tijdens spreekuur POH met huisarts</li> <li>d) Gestructureerd overleg huisarts met betrokken hulpverleners HVZ spreekuur</li> <li>e) Richt oproep-, controle- en follow up systeem in</li> </ul>
3	Implementeer de regionale samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners
4	Volg nascholing(en) op HVZ gebied
5	Afsluiting implementatietraject (voorheen audit/visitatie)

Op de volgende pagina's worden de onderdelen van het implementatietraject verder toegelicht.

## 2.1 Richt uw ICT in

Hieronder volgt een (procedurele) uitleg van de stappen de huisarts doorloopt voor het inrichten van de ICT. De ICT commissie van de ZEL heeft ten behoeve van de daadwerkelijke uitvoer een extractie instructie, monitoringsformulier en declaratie instructie formulier per HIS ontwikkeld. Heeft u deze nog niet ontvangen, neem dan contact op met de ZEL.

### A. Maak een overzicht van de HVZ patiënten die binnen de CVRM zorg vallen

Maak volgens het selectieprotocol van de ZEL een uitdraai van de patiëntenpopulatie. (zie onderdeel ICT op ZEL website)

**Tabel 3. Selectieparameters**

Selectieparameters HVZ; inclusiecriteria	ICPC
Angina Pectoris	K74.00
Instabiele angina pectoris	K74.01
Stabiele angina pectoris	K74.02
Acuut Myocardinfarct	K75.00
Andere chronische ischaemische hartziekten	K76.00
Coronairsclerose	K76.01
Vroeger myocardinfarct (> 4 weken geleden)	K76.02
TIA	K89.00
Intracerebrale bloeding	K90.02
Cerebraal infarct	K90.03
Claudicatio Intermittens/Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)	K92.01
Aneurysma Aortae	K99.01

Het advies geldt om ook patiënten die onder behandeling zijn van de tweede lijn met één of meerdere van de bovenstaande ICPC codes te includeren binnen de eerstelijns CVRM zorg.

#### Exclusiecriteria:

- Diabetes patiënten zijn geen onderdeel van de selectie (T90.00, T90.01 en T90.02). Patiënten met deze codes dient u uit het bestand te filteren, of direct uit te sluiten tijdens het aanmaken van de patiëntselectie.

Andere patiëntengroepen waarbij opname in het zorgpad HVZ niet zinvol is:

- Ernstige co-morbiditeit waardoor CVRM niet zinvol is;
- Een maligniteit waarbij CVRM niet zinvol is;
- Palliatieve en/of terminale zorg;

### B. Hanteer HIS risicoprofiel aan de hand van de registratieset HVZ

HVZ patiënten hebben een hoog risico op een recidief en/of sterfte ten gevolge van HVZ. Het risico van HVZ is multifactorieel bepaald. Daarom worden de risicofactoren in samenhang beoordeeld en behandeld. Voor alle patiënten met een HVZ wordt hun risicoprofiel bepaald. Het risicoprofiel is een overzicht van voor HVZ relevante risicofactoren:

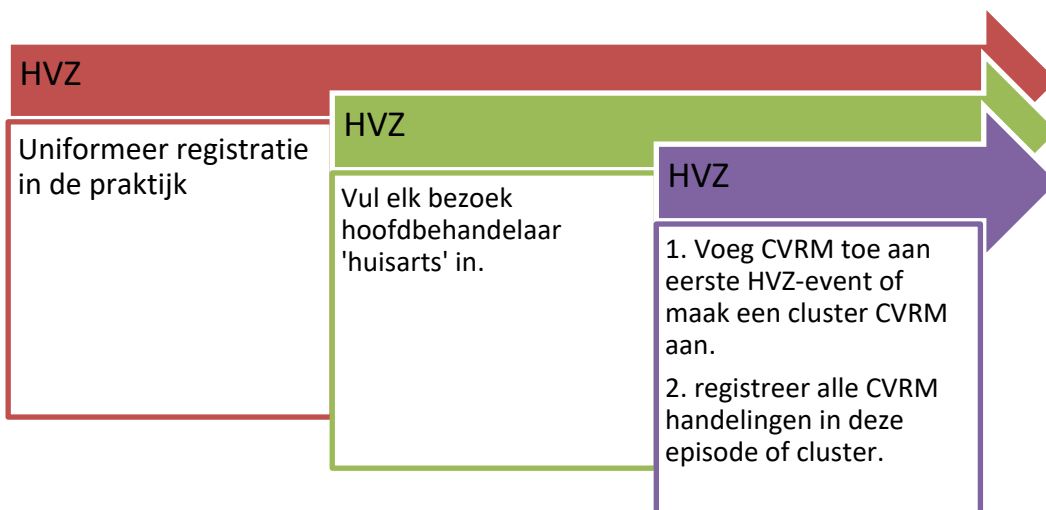
Omschrijving	Code	Afkorting	Registratiefrequentie
<b>Gegevens hoofdbehandelaar</b>			
Hoofdbehandelaar CVRM	2815	CVHB KZ	eenmalig + wijzigingen
<b>Lichamelijk onderzoek</b>			
Lengte patiënt	560	LNGP AO	eenmalig + wijzigingen
Gewicht patiënt	357	GEW AO	jaarlijks
BMI (Quetelet-index) patiënt	1272	QUET AO	jaarlijks
Middelomtrek patiënt	1872	OMVA DH	op indicatie
Systolische/diastolische bloeddruk (1 van de 3			ten minste jaarlijks
* systolische bloeddruk	1744	RRSY KA	
* diastolische bloeddruk	1740	RRDI KA	
* systolische bloeddruk (thuismeting)	2055	RRSY KA MH	
* diastolische bloeddruk (thuismeting)	2056	RRDI KA MH	
* systolische bloeddruk (gem. 24 uurs meting)	2659	RRGS KA MH	
* diastolische bloeddruk (gem. 24 uurs meting)	2660	RRGD KA MH	
Polsritme	2102	POLR AO	ten minste jaarlijks
Polsfrequentie	1875	POLS AO	ten minste jaarlijks
<b>Laboratorium</b>			
Glucose nuchter	372 382	GLUC B NU (veneus) of GLU BC NU	5-jaarlijks
Kalium	513	K B	jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE-remmers of ARB
Natrium	624	NA B	jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE-remmers of ARB
Cholesterol totaal	192	CHOL B MT	per 3 – 5 jaar herhalen
HDL-cholesterol	446	HDL B	per 3 – 5 jaar herhalen
LDL-cholesterol	542 of 2683	LDL B of LDLD B	per 3 – 5 jaar herhalen ; bij gebruik statines op indicatie
Cholesterol / HDL-cholesterol ratio	181	CHHD B MI	per 3 – 5 jaar herhalen
Triglyceriden	1377	TRIG B	per 3 – 5 jaar herhalen
Kreatinine	523	KREA B	jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE-remmers of ARB
(micro-) Albumine urine of (micro-) albumine / kreatinineratio	38 of 40	ALB U of ALBK U MI	jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE-remmers of ARB
Nierfunctie (1 van de 2 methoden)			jaarlijks, bij gebruik diuretica, ACE-remmers of ARB; anders per 3 – 5 jaar herhalen
* MDRD (eGFR , voorkeursmethode)	1919	KREM O FB	
* kreatinineklaring	524	KREA O MK	

Leefstijl en risicofactoren			
Roken	1739	ROOK AQ	jaarlijks, bij rokers
Advies stoppen met roken gegeven	1814	ADMI AQ	jaarlijks, bij rokers
Alcoholgebruik (1 van de 2 methoden)			jaarlijks
* alcoholgebruik	1591	ALCO PQ	
* Five shot vragenlijst	2423	5SHT PQ	
Voedingspatroon (1 van de 2 methoden)			jaarlijks
* bijzonderheden voedingspatroon	2718	BZVD AA	
* opmerkingen bijzonderheden voedingspatroon	2138	BYVD AA	
Advies gezonde voeding gegeven	2137	ADVD AQ	eenmalig vastleggen, op indicatie
Lichaamsbeweging	3239	NNGB AQ	jaarlijks
Advies lichaamsbeweging gegeven	1816	ADLB AQ	eenmalig vastleggen, op indicatie
Hart-/vaatziekte in naaste familie < 65 jr	3238	HF65 KQ	eenmalig vastleggen, en bij wijzigingen
Diabetes naaste familie	1648	DMFM TQ	eenmalig vastleggen, en bij wijzigingen
Risico HVZ volgens CVRM-richtlijn	3241	RH12 KQ FB	eenmalig op indicatie, zie richtlijn, niet bij mensen met HVZ

- In de kolom registratiefrequentie staat alleen wat de NHG richtlijn adviseert. Van belang is ook welke afspraken zorgverlener en patiënt hierover maken.

### C. Implementeer de registratie instructies

Omdat er sprake kan zijn van multimorbiditeit op HVZ gebied wordt geadviseerd om aan het eerste doorgemaakte HVZ event de episodetitel CVRM toe te voegen. Indien mogelijk maakt u in het HIS een cluster CVRM aan. Door aan de episodetitel van het eerste HVZ-event CVRM toe te voegen is voor alle medewerkers duidelijk aan welke ICPC code (of cluster) de CVRM handelingen van deze HVZ patiënt kunnen worden vastgelegd. Bij elk bezoek aan de huisarts wordt de hoofdbehandelaar CVRM (CVHB\_KZ) ingevuld.





#### **D. Voer dossieronderzoek uit**

Hieronder volgt eerst een tekstuele uitleg van het dossieronderzoek. Daarna wordt het schematisch weergegeven in een stroomschema.

#### **Papieren beoordeling dossier en schonen van het patiëntenbestand**

Naar aanleiding van selectie criteria wordt een bestand gegenereerd. Het bepalen van de daadwerkelijke aanwezigheid van de diagnose HVZ bij deze patiënten vereist een zeer nauwkeurige controle. Wij adviseren om 2x per jaar een actueel bestand uit te draaien van alle HVZ patiënten om zodoende vervuiling van de gegevens te voorkomen.

#### **Patiënten met doorgemaakte HVZ**

Patiënten met HVZ komen in aanmerking voor CVRM. Wanneer er sprake is van Angina pectoris, acuut myocardinfarct, andere chronische/ischaemische hartziekten, cerebraal infarct, intracerebrale bloeding, Transient Ischemic Attack (TIA), Claudicatio Intermittens, aneurysma Aortae **én** hoofdbehandelaar 'huisarts' wordt de patiënt eveneens opgenomen in het zorgpad HVZ.

Een veelgemaakte fout is dat aan patiënten met pijn op de borst meteen de ICPC van angina pectoris wordt toegekend. Als achteraf blijkt, dat dit slechts "aspecifieke thoracale pijnklachten" zijn, moeten op consultniveau deze foute ICPC's opgezocht en verwijderd worden. Automatisch aangemaakte contra-indicaties en episodes dienen eveneens verwijderd te worden. Veelal gaan deze fouten ver terug in het verleden. Ons advies is om pas een ICPC toe te kennen wanneer er daadwerkelijk een diagnose is vastgesteld (meestal door middel van een brief van de specialist).

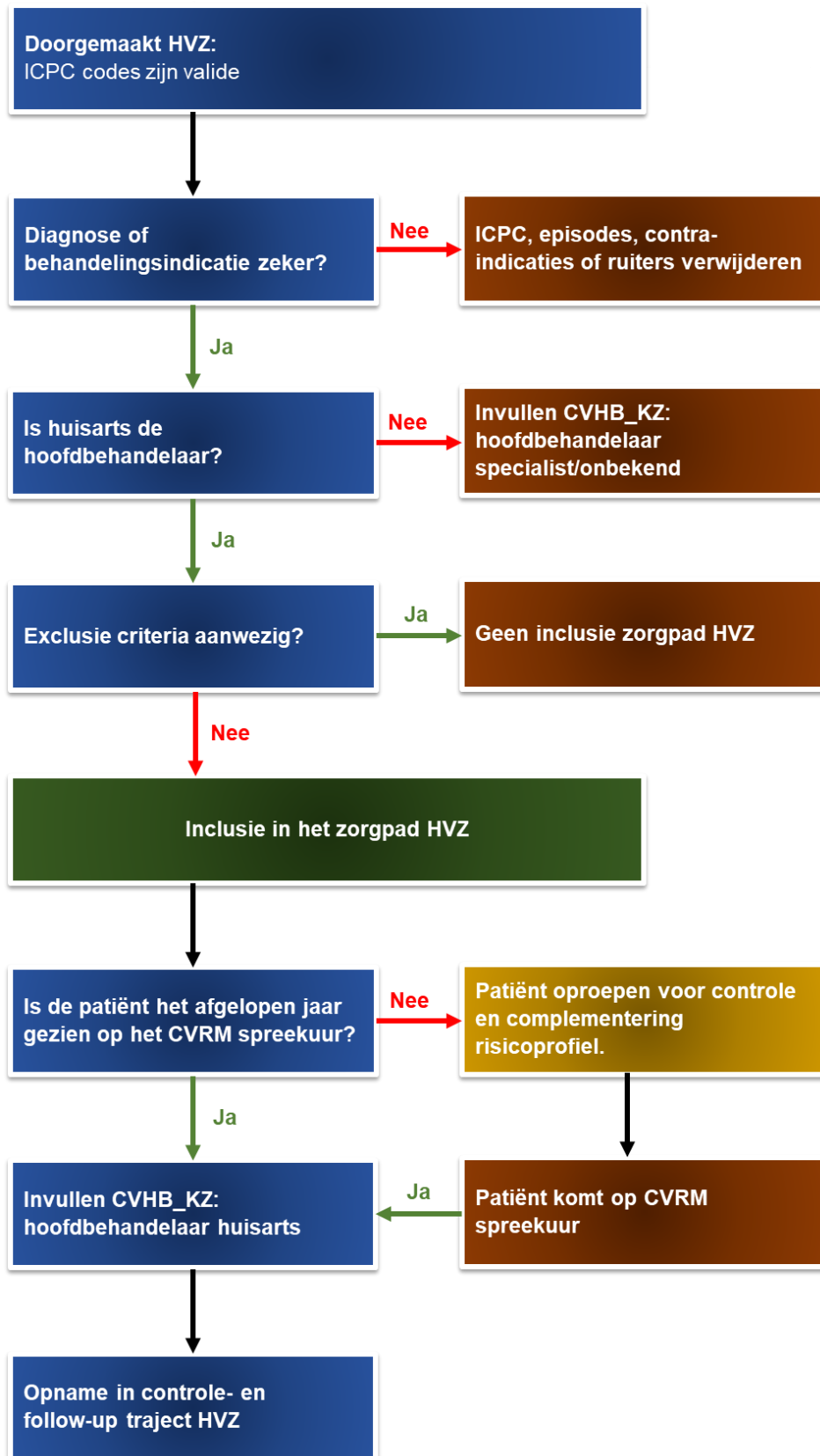
#### **Beoordeling hoofdbehandelaar HVZ**

Is eenmaal nauwkeurig vastgesteld dat betrokkene daadwerkelijk een HVZ heeft doorgemaakt, dan wel atherosclerotisch orgaanschade heeft, wordt bekeken of de patiënt het afgelopen jaar voor CVRM controle op het spreekuur in de huisartsenpraktijk is geweest. Zo ja, dan wordt hoofdbehandelaar 'huisarts' ingevuld. Als de patiënt op het spreekuur komt en het protocol wordt gebruikt wordt direct de huisarts ingevuld als zijnde de hoofdbehandelaar. Indien de patiënt wel is uitgenodigd voor het spreekuur HVZ maar niet komt wordt in het protocol CVRM overige/onbekend ingevuld bij het hoofdbehandelaar. Wij adviseren deze patiënten wel het jaar na de oproep opnieuw op te roepen voor het spreekuur. Bij patiënten die wel onder behandeling zijn van een specialist, maar bij wie met de specialist is afgesproken dat deze op het spreekuur komt van de POH/HA voor de CVRM, wordt ook hoofdbehandelaar huisarts ingevuld in het protocol.

#### **Verdere controle en complementering risicoprofiel**

Het bestand van patiënten, dat na schonen overblijft en nog niet onder controle van de huisarts is, dient opgeroepen te worden voor verdere controle en complementering van het risicoprofiel.

## Stroomdiagram dossieronderzoek



## 2.2 Maak praktische werkafspraken

### A. Diagnostiek en behandeling

De huisarts en POH dienen praktische werkafspraken op te stellen evenals afspraken over diagnostiek en behandeling. Hierbij valt te denken aan:

- Niet medicamenteuze behandeling (zie [paragraaf 3.4](#) en [bijlage 3](#))
- Medicamenteuze behandeling (zie [paragraaf 3.5](#) en [bijlage 6](#))
- Zorgpaden HVZ (zie [bijlage 8](#))
- Individueel zorgplan

### B. Taken huisarts, praktijkondersteuner en doktersassistent

Vanuit ZEL wordt geadviseerd dat de praktijkondersteuner de rol op zich neemt als centrale zorgverlener bij HVZ. In nauwe samenwerking met de huisarts verzorgt hij/zij de educatie en de voorlichting, bewaakt hij/zij als eerstverantwoordelijke het individuele zorgplan en ondersteunt de patiënt bij zelfmanagement.

De huisarts wordt ingeschakeld als de complexiteit van de medische problematiek van de patiënt daarom vraagt of indien multimorbiditeit hierom vraagt. De doktersassistente heeft geen taak bij de start van het individueel zorgplan, maar kan wel een taak vervullen bij de metingen in het kader van CVRM bij de HVZ patiënten.

Vanuit ZEL wordt de volgende taakverdeling tussen de huisarts, de praktijkondersteuner en de doktersassistent geadviseerd:

#### **De huisarts:**

- Elke HVZ patiënt wordt 1x per jaar door de huisarts/POH gezien;
- De huisarts overlegt met de POH over het individuele zorgplan;
- De huisarts evalueert met de POH het gekozen behandelingsbeleid/medicatiebeleid;
- De huisarts signaleert en diagnosticeert co-morbiditeit;
- De huisarts bepaalt de individuele streefwaarden, indien deze afwijken van de normaalwaarden.  
(zie ook [bijlage 4](#): Streefwaarden HVZ)

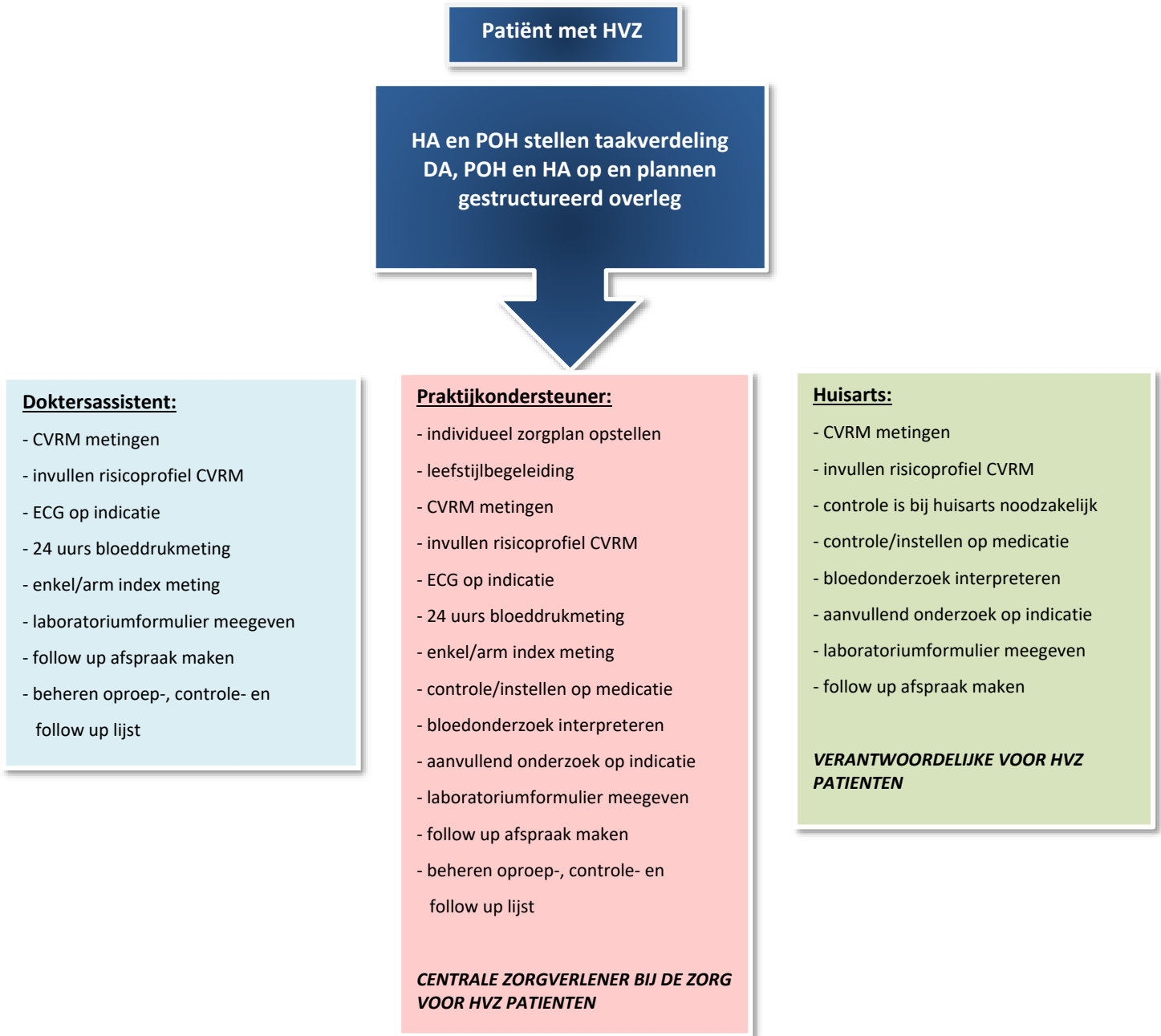
#### **De praktijkondersteuner (POH):**

- Elke HVZ patiënt wordt 1x per jaar door de huisarts/POH gezien;
- De POH is de centrale zorgverlener en de spil in de zorgstraat HVZ met de andere zorgverleners;
- De POH is verantwoordelijk voor het voorbereiden en afstemmen van het individueel zorgplan, leefstijlplan en zelfmanagement met de patiënt (o.a via motivational interviewing);
- De POH overlegt met de huisarts over het individuele zorgplan;
- De POH evalueert met de huisarts het gekozen behandelingsbeleid/medicatiebeleid.
- De POH signaleert en diagnosticeert in overleg met de huisarts comorbiditeit;
- De POH verwerkt nieuwe multimorbiditeit;

#### **De doktersassistent:**

- De doktersassistent kan een rol spelen bij het doen van metingen in het kader van HVZ: bijvoorbeeld bloeddruk, pols, enkel/arm index meting, 24-uurs bloeddrukmeting, het maken van een ECG etc.
- De doktersassistent draait geen spreekuur voor de HVZ patiënt

### Stroomdiagram opzet tot taakverdeling



#### C. Gestructureerd Overleg met betrokken hulpverleners van het CVRM spreekuur

Bepaal voor de eigen praktijk tijdstip en plaats en personen.

#### D. Richt een oproep-, controle- en follow up systeem in

Er zijn verschillende mogelijkheden om een goed en effectief systeem op te stellen. Een en ander is afhankelijk van de mogelijkheden die een praktijk hiervoor tot zijn beschikking heeft.

#### Mogelijke opties:

1. Maak gebruik van al bestaande oproep-, controle- en follow up systeem welke mogelijk al in gebruik zijn voor de andere zorgpaden (DM/COPD).
2. Middels een kaartenbak.
3. Maak een gedigitaliseerd bestand aan.

4. Het HIS heeft een mogelijkheid om de follow up te noteren en controleren.
5. Met behulp van een oproepsysteem van een laboratorium (bijvoorbeeld via het laboratorium van een ziekenhuis).
6. Aan de hand van controle van de medicatie (de apotheek kan hier mogelijk ook een rol bij spelen).

Het is raadzaam in deze oproep-, controle- en follow up lijst de volgende onderdelen bij te houden:

**1. HVZ lijst**

- noteer naam van patiënt, geboortedatum, geslacht en diagnose.
- noteer wie de hoofdbehandelaar is.

**2. Actielijst: patiënten waarvoor een actie vereist is**

- noteer naam, geboortedatum, geslacht.

Voorbeelden van acties zijn: patiënt moet opgeroepen worden, omdat de gegevens niet compleet zijn. Patiënt moet opgeroepen worden, omdat de follow up datum verlopen is, etc.

Desgewenst kan de HVZ verpleegkundige van de ZEL ondersteuning bieden bij het opzetten van een oproep-, controle- en follow up lijst.

## 2.3 Regionale samenwerkingsafspraken

Spreek af wanneer naar wie verwezen wordt (o.a. paramedici als diëtistes, fysiotherapeut, psycholoog en specialisten). Voor de verwijzing naar de specialisten kunt u gebruik maken van de regionale transmurale afspraken. De regionale transmurale afspraken HVZ zijn terug te vinden op de website van ZEL [www.zel.nl](http://www.zel.nl) onder het HVZ protocol.

## 2.4 Volg nascholingen op HVZ gebied

ZEL biedt met enige regelmaat een basisscholing aan op het gebied van het zorgpad HVZ. Het volgen van deze basisscholing wordt ten zeerste aangeraden voor het structureren van de HVZ zorg in de huisartsenpraktijk. Indien u deel wilt nemen aan deze scholing kunt u zich inschrijven via de website van ZEL [www.zel.nl](http://www.zel.nl) onder het kopje nascholing.

## 2.5 Afsluiting implementatietraject (voorheen audit/visitatie)

Op het moment dat u de implementatie van het zorgpad HVZ in uw praktijk heeft voltooid wordt het implementatietraject afgesloten. De HVZ verpleegkundige van de ZEL maakt een afspraak met de huisarts en de POH waarin nog eenmaal de 4 elementen van het CRIT worden doorgenomen.

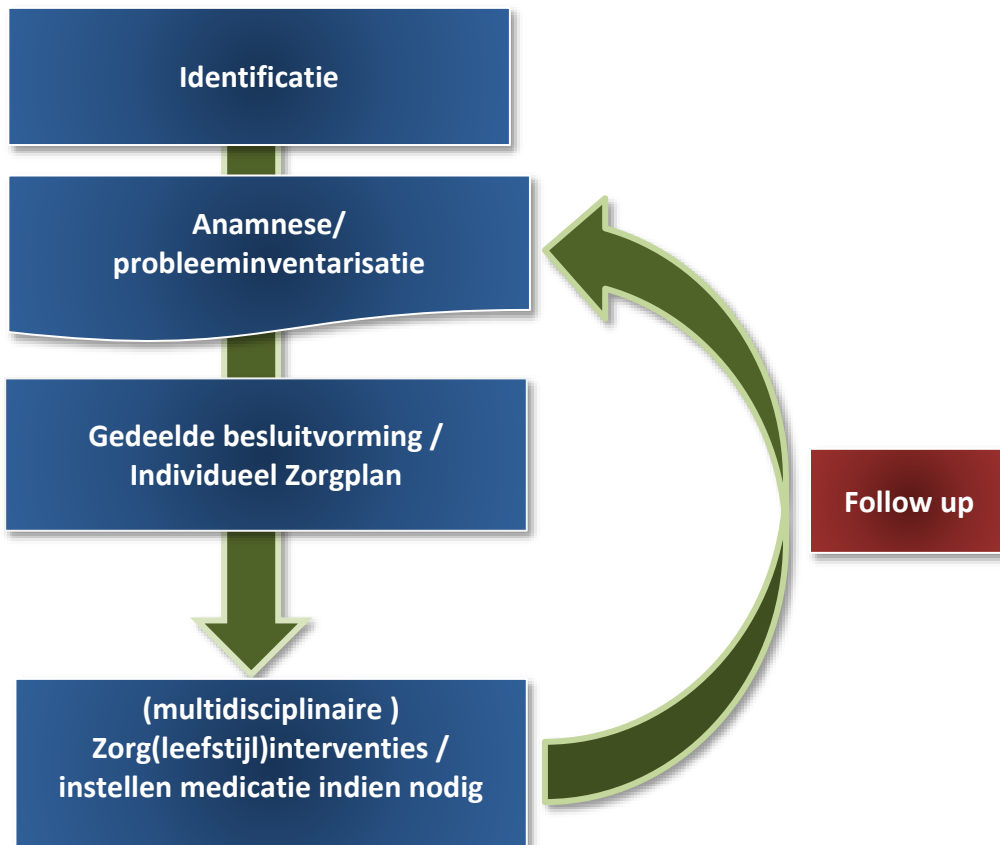
Vragen die daarbij aan de orde komen zijn dan ook:

- Kunt u inzichtelijk maken welke patiënten binnen het zorgpad HVZ vallen
- Bent u erin geslaagd een risicoprofiel aan te maken in het HIS?
- Heeft u een protocol voor diagnose, werkafspraken en taakverdeling gemaakt?
- Is er een overleg tussen de huisarts en de bij de HVZ betrokken medewerkers in de praktijk?
- Gebruikt u een oproep-, controle- en follow up systeem?
- Heeft u afspraken over de verwijzing van patiënten met andere zorgverleners in de eerste lijn en tweede lijn?
- Heeft u deelgenomen aan scholingen op het gebied van HVZ?
- Heeft u het HVZ proces binnen de praktijk middels werkafspraken vastgelegd?
- Voldoet uw praktijk aan de grenswaarde van de HVZ indicatoren? Zijn er nog verbeterwensen?

### 3. Zorgproces HVZ

Het HVZ zorgproces bestaat uit 5 fasen: identificatie, anamnese/probleeminventarisatie, gedeelde besluitvorming/ individueel zorgplan, interventies en follow up. In de volgende hoofdstukken worden de 5 fasen nader uitgewerkt.

#### Stroomdiagram Zorgproces HVZ



#### 3.1 Identificatie

HVZ patiënten kunnen op 3 manieren geïdentificeerd worden, namelijk via

- Terugverwijzing vanuit het ziekenhuis;
- Actieve opsporing in het HIS;
- Directe instroom.

##### Terugverwijzing vanuit ziekenhuis

De patiënten met HVZ worden veelal geïdentificeerd doordat zij een HVZ-event krijgen. Een deel van deze patiënten is dan onder controle bij de specialist. Patiënten die vanuit de tweede lijn terugverwezen worden, kunnen direct in het zorgpad geïncorporeerd worden. (Terug)verwijsafspraken, zoals beschreven in de betreffende NHG standaarden zijn middels RTA afspraken nader uitgewerkt met de vakgroepen van de regionale ziekenhuizen. De regionale transmurale afspraken HVZ zijn terug te vinden op de website van ZEL [www.zel.nl](http://www.zel.nl) onder het HVZ protocol.

### Actieve opsporing

Bij actieve opsporing wordt uitgegaan van patiënten die reeds bekend zijn in het HIS. De ZEL heeft hiervoor een HIS extractie formulier per HIS ontwikkeld. Na de extractie zult u handmatig moeten controleren of de toegekende ICPC code nog klopt. Het kan voorkomen dat de codering van de voorgeschiedenis in het HIS niet op orde is. Bijvoorbeeld als u niet direct bij de terugverwijzing van een HVZ patiënt een ICPC code toevoegt. In dat geval kan een handmatige extractie o.b.v. ATC code een mogelijk alternatief zijn. **Let op: De ATC lijst bevat ook veel patiënten die niet binnen het zorgpad HVZ vallen. Pas op voor het onterecht includeren van patiënten zonder HVZ met alleen een verhoogd cardiovasculair risico.**

### Directe instroom

Slechts in een enkel geval kan het voorkomen dat een HVZ patiënt met bovengenoemde opsporing niet in beeld is gekomen. Mogelijk signaleert u deze HVZ patiënten pas tijdens het spreekuur.

## 3.2 Anamnese/probleeminventarisatie

De begeleiding van patiënten met een HVZ is gebaseerd op een beoordeling van alle belangrijke risicofactoren bij de betreffende patiënt; het zogenoemde cardiovasculaire risicoprofiel. Door de behandeling van de risicofactoren uit het risicoprofiel wordt de kans op het voorkomen van een nieuw HVZ-event en/of overlijden ten gevolge van HVZ verkleind. Eventueel kan op indicatie aanvullend onderzoek worden verricht (zie ook [bijlage 7](#): Laboratorium en aanvullend onderzoek).

## 3.3 Gezamenlijke besluitvorming / individueel zorgplan

### Gezamenlijke besluitvorming sturing op zelfmanagement

Samen met de patiënt worden 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 centrale zorgverlener 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.

### Individueel zorgplan

Het individueel zorgplan heeft als doel om de patiënt te ondersteunen in zijn zelfmanagement en is de uitkomst van de gezamenlijke besluitvorming. Het bevat het liefst de volgende elementen:

- de afgesproken doelen van de patiënt;
- de genomen beslissingen voor het realiseren van deze doelen;
- welke begeleiding de patiënt krijgt;
- hoe en wanneer gecontroleerd en bijgesteld;
- wie uit het behandelteam van zorgverleners verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid;
- proceskenmerken: wie doet wat en wanneer;
- concrete resultaten: risicoprofiel en afzonderlijke risicofactoren.

De centrale zorgverlener kan hiervoor gebruik maken van het boekje zoals het is uitgegeven door het platform Vitale Vaten<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Individueel Zorgplan Vitale Vaten ([https://harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/03/Zorgplan\\_Vitale\\_Vaten.pdf](https://harteraad.nl/wp-content/uploads/2018/03/Zorgplan_Vitale_Vaten.pdf))

### 3.4 Niet-medicamenteuze interventies

#### Algemene leefstijlgerichte adviezen bij CVRM

1. Stoppen met roken
2. Gezonde voedingsgewoonten
3. Gezonde BMI en middelomtrek
4. Matig alcoholgebruik
5. Goede lichamelijke activiteit
6. Omgaan met stress
7. Gedragsverandering en (doorverwijzing) psychosociale ondersteuning
8. **Doorverwijzing diëtist**

Aan alle patiënten worden leefstijladviezen gegeven om het risico op HVZ te verminderen. Hiertoe kan motiverende gespreksvoering worden gebruikt ter ondersteuning en educatie. In [bijlage 3](#): Nadere uitwerking gerichte leefstijl adviezen, staat de uitgebreide weergave van de leefstijl gerichte interventies.

Voor onderdelen van leefstijlgerichte interventies kan binnen het zorgpad worden samengewerkt met, of doorverwezen worden naar paramedici (met name fysiotherapeuten en diëtisten). Er zijn echter ook andere mogelijkheden, zoals Alliantie Rookvrij Nederland voor stoppen met roken of eerstelijnspsychologen voor stressreductie.



#### 1. Stoppen met roken

- Stoppen met roken advies op maat geven aan alle patiënten, evt. met medicamenteuze ondersteuning. Het rookgedrag van een patiënt zo mogelijk systematisch vast te leggen in het dossier.
- Aan gemotiveerde patiënten wordt begeleiding aangeboden door de centrale zorgverlener.
- Bij (door-)verwijzing van een patiënt voor stoppen-met-roken-ondersteuning, dit expliciet in de verwijsbrief te noteren.



#### 2. Gezonde voedingsgewoonten

- Richtlijnen Goede Voeding 2015 van de Gezondheidsraad gelden voor iedereen

#### **Specifiek voor HVZ-patiënten:**

- Vervang boter, harde margarine, bak- en braadvetten door zachte margarines, vloeibare bak- en braadvet en plantaardige oliën.
- Beperk de consumptie van rood vlees en met name bewerkt vlees.
- Neem enkele porties zuivel per dag, waaronder melk of yoghurt.



- Eet een keer per week vis, bij voorkeur vette vis.
- Eet dagelijks tenminste 200 g groente en tenminste 200 g fruit.
- Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 g p/d.
- <https://youtu.be/WoL3wChO3kQ> meegeven aan laaggeletterden en visueel ingestelde patiënten (bron: Voedingscentrum) .



### 3. Gezonde BMI

- Bij personen met een gezond gewicht, BMI 20 tot 25 kg/m<sup>2</sup>; met advies gewichtsbehoud en gezonde voeding<sup>2</sup>
- Bij personen met overgewicht of obesitas, BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>; met advies voldoende afvallen en op gezonde wijze bewegen. Een gestructureerde leefstijlinterventie kan aangewezen zijn.
- Zorg voor een middelomtrek vrouwen < 80 cm en mannen < 94 cm; Middelomtrek vrouw > 80 cm matig verhoogd risico op HVZ, > 88cm ernstig verhoogd;
- Middelomtrek man > 94 cm matig verhoogd risico op HVZ, > 102 cm ernstig verhoogd risico;
- Bij ouderen is de relatie tussen BMI en gezondheid niet zo eenduidig.

Meting: patiënt staat rechtop, meetlint niet te strak rond het middel, op de blote huid. Let op de juiste plek: ongeveer ter hoogte van de navel.



### 4. Matig alcoholgebruik

- Drink geen alcohol of in ieder geval niet meer dan één glas per dag (Gezondheidsraad, 2015).
- Laat patiënt eventueel eigen alcoholgebruik in kaart brengen



### 5. Goede lichamelijke activiteit

- Bewegen is goed, meer bewegen is beter. Enige beweging is beter dan geen.
- Beweeg minstens 150 minuten per week matig intensief, verdeeld over meer dagen door bijvoorbeeld te wandelen of te fietsen. Langer, vaker en/of intensiever bewegen geeft extra gezondheidsvoordeel.
- Doe op zijn minst tweemaal per week spier- en botversterkende oefeningen, zoals traplopen, herhaald opstaan uit zit en krachttraining, voor ouderen gecombineerd met balansoefeningen.
- Voorkom veel stilzitten.

<sup>2</sup> Hogere streefwaarden voor BMI bij ouderen zijn vervallen: het advies is om bij iedereen te streven naar een gezond gewicht: BMI 20-25 (NHG praktische handleiding CVRM, 2020)

Voldoende bewegen verlaagt de bloeddruk en LDL, verhoogt het HDL en daarmee ook het TC/HDL ratio.  
Voor de te motiveren patiënten: **verwijzing fysiotherapeut**.



## 6. Omgaan met stress

- Tracht stress te voorkomen, dan wel tijdig te herkennen en te reduceren.

Let op: juist in stressvolle periodes is de leefstijl vaak minder gezond.

- Beweeg of doe ontspanningsoefeningen (bron: De Nederlandse Hartstichting)
- Overweeg of het zinvol is daarnaast psychosociale interventie aan te bieden.



## 7. Gedragsverandering en (verwijzing) psychosociale ondersteuning

### Aanbeveling gedragsverandering

- Bevorder zelfmanagement d.m.v. cognitieve gedragsstrategieën om leefstijlverandering te ondersteunen, zoals motiverende gespreksvoering en methoden
- Betrek een of meer zorgverleners om gedragsveranderingen te bewerkstelligen.
- Zet multimodale interventies in voor patiënten met een zeer hoog HVZ- risico, combineer met educatie over gezonde voeding, bewegadvisen, stressbeheersing en gespreksvoering over psychologische risicofactoren.

### Aanbeveling psychosociale ondersteuning bij:

- patiënten met zowel een (zeer) hoog risico op HVZ als psychosociale problemen/aandoeningen; behandel hen volgens vigerende richtlijnen, om zowel hun psychische als fysieke gezondheid te bevorderen.
- patiënten die moeite hebben om te gaan met hun ziekte, of die weerstand ervaren om hun leefstijl te veranderen
- patiënten waarbij psychosociale risicofactoren klassieke risicofactoren negatief beïnvloeden (bijvoorbeeld toename van roken bij stress)' (NHG, 2019).



## 8. Doorverwijzing Diëtist

Doorverwijzing (bij voorkeur via Zorgdomein) naar diëtist (NVVD, 2015) als:

- de patiënt begeleiding of specifiek advies nodig heeft
- de patiënt in de pre-contemplatiefase of contemplatiefase bevindt
- de patiënt post- of preoperatief is i.c.m. hart- en vaatziekten
- na risico inschatting bij patiënt met of zonder HVZ of met reumatoïde artritis of Diabetes Mellitus met >10% risico op ziekte en sterfte door HVZ
- systolische bloeddruk (SBD) >140 mmHg of bij gebruik van antihypertensiva
- totaal cholesterol (TC) >6,5 mmol/l of bij gebruik van statines
- de patiënt een te hoog gewicht heeft;
  - BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup> en/of middelomtrek voor mannen > 102 cm en voor vrouwen > 88 cm,
  - BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup> en comorbiditeit,
  - BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> met en zonder comorbiditeit,
  - Bij een sterk oplopende BMI en/of middelomtrek.
- de patiënt (een verhoogd risico op) Diabetes Mellitus heeft.

Let op: bij doorverwijzing naar de diëtist wordt alleen de secundaire preventie vergoed (onbeperkt aantal afspraken/geen eigen risico). De primaire preventie groep wordt vanuit de basisverzekering vergoed (vergoeding afspraken maximaal 3 uur/wel eigen risico)<sup>3</sup>.

### Meerwaarde diëtist

De diëtist is een deskundige die helpt op het gebied van voeding en gezondheid. De juiste voeding kan eraan bijdragen dat de patiënt zich beter voelt, de behandeling beter aanslaat en dat de patiënt-zo mogelijk- herstelt. De diëtist werkt nauw samen met andere disciplines om ervoor te zorgen dat de patiënt de voeding krijgt die past bij de aandoening en de medische behandeling. Zijn/haar medische en voedingskundige kennis helpen te beoordelen welke voeding er precies nodig is. De diëtist maakt een op de persoon gericht behandelplan dat ook rekening houdt met de voorkeuren en leefstijl van de patiënt (Dieet dit dieet dat, 2019).

- patiënten met zowel een (zeer) hoog risico op HVZ als psychosociale problemen/aandoeningen; behandel hen volgens vigerende richtlijnen, om zowel hun psychische als fysieke gezondheid te bevorderen.
- patiënten die moeite hebben om te gaan met hun ziekte, of die weerstand ervaren om hun leefstijl te veranderen

<sup>3</sup> Voor meer informatie zie: <https://zel.nl/faq/wat-is-het-verschil-tussen-primaire-en-secundaire-preventie-in-de-hvz-keten-als-het-gaat-om-een-verwijzing-naar-de-dietiste/> (Zorgorganisatie Eerste Lijn, 2017).

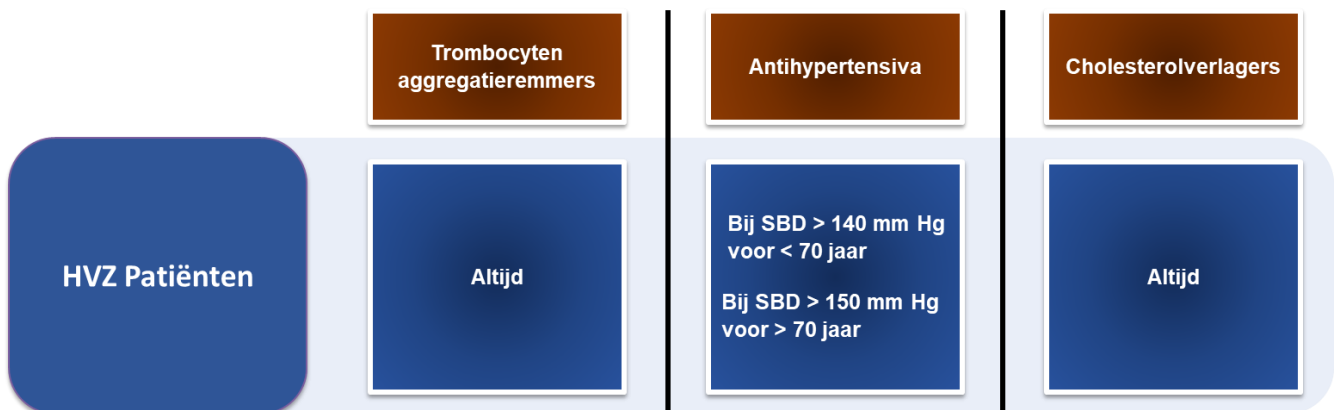
### 3.5 Medicamenteuze behandeling

In de onderstaande tabel staat weergegeven welke medicatie wordt voorgeschreven aan patiënten met een doorgemaakte HVZ. Medicatie bestaat uit trombocytenuitremmers, antihypertensiva en cholesterolverlagers.

#### Algemeen:

Weeg bij een beperkte levensverwachting (bijv. invaliderend cerebraal infarct of intracerebrale bloeding) de voordelen van preventieve behandeling af tegen de nadelen, zoals bijwerkingen, interacties en kosten van geneesmiddelengebruik. De patiënt wordt betrokken bij de besluitvorming.

(zie ook [bijlage 6](#): nadere uitwerking medicamenteuze behandeling)



#### Verwijzing naar tweede lijn

Het kan nodig zijn om patiënt te verwijzen naar de tweede lijn. De huisarts verwijst conform de vastgestelde samenwerkingsafspraken. Zie de zorgpaden in [bijlage 8](#):

- Angina Pectoris (AP) (ICPC code: **K74**);
- Acut Myocard Infarct (AMI) (ICPC code: **K75**);
- Transient ischaemic Attack (TIA) (ICPC code: **K89**);
- Intracerebrale bloeding en cerebraal infarct (resp. ICPC code **K90.02** en **K90.03**)
- Claudicatio Intermittens / Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) (ICPC code: **K92.01**);
- Aneurysma Aorta (AA) (ICPC code: **K99.01**).

Regionale verwijzingsafspraken naar de tweede lijn kunt u vinden op de website van ZEL. (RTA afspraken HVZ)

### 3.6 Follow up

Follow-up, of het volgen van de gemaakte afspraken zoals vastgelegd in het individuele zorgplan, het resultaat ervan, en het eventueel bijstellen van het zorgplan, is noodzakelijk voor het bereiken van een blijvend effect. Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de co-morbiditeit en de persoonlijke wensen. Via controle kan men het effect van de behandeling nagaan (gewichtsafname, toename bewegen, stoppen met roken, verlaging bloeddruk en cholesterol), veranderingen in het risicoprofiel vaststellen, veilig (medicatieveiligheid) en goed (therapietrouw) gebruik van medicijnen garanderen en suboptimaal medicijngebruik door patiënten en/of zorgverleners signaleren.

Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de co-morbiditeit en de persoonlijke wensen en hetgeen bepaald is in de NHG/CBO CVRM 2019 Tijdens elk contact wordt geïnformeerd naar het therapietrouw zijn. Voor alle patiënten geldt dat er na juiste instelling van de medicamenteuze behandeling reguliere controle van het risicoprofiel moet plaatsvinden.

Na instelling van de behandeling is jaarlijkse evaluatie van de therapie gewenst, waarbij tevens wordt nagegaan of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel.

## 4. Inrichten van het CVRM spreekuur

### 4.1 Inhoud van het CVRM consult

Het CVRM spreekuur kan ingedeeld worden in een aantal stappen:

#### Stappenplan CVRM spreekuur

Stappenplan	
Stap 1	Patiënt heeft een HVZ doorgemaakt, is gesignaleerd en wordt opgeroepen (zie oproepbrief in <a href="#">bijlage 1</a> )
Stap 2	Eerste consult: <ul style="list-style-type: none"> <li>● De patiënt wordt door de huisarts en/of de POH gezien</li> <li>● Het risicoprofiel van de patiënt wordt in kaart gebracht</li> <li>● Anamnese: vragen over roken, voeding, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, Psychische stress factoren en OSAS en familieanamnese</li> <li>● Het vermogen tot zelfmanagement wordt in kaart gebracht</li> <li>● Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</li> <li>● De patiënt krijgt mee:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ingevuld laboratoriumformulier</li> <li>✓ Korte vragenlijst (zie <a href="#">bijlage 2</a>)</li> <li>✓ Urine potje en sticker</li> </ul> </li> </ul>
Stap 3	Vervolg consulten bij HA of POH: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Volg de betreffende HVZ zorgpaden (zie <a href="#">bijlage 8</a>)</li> <li>● Bespreek bloeduitslagen</li> <li>● Meet bloeddruk (2x)</li> <li>● Meet lengte, gewicht en bepaal BMI. Bepaal middelomtrek bij een BMI&gt;30.</li> <li>● Opmaken en bespreken risicoprofiel</li> <li>● Samen met de patiënt opstellen van behandelvoorstel in individueel zorgplan</li> <li>● De patiënt begeleiden conform het individuele zorgplan</li> <li>● Voer eventueel aanvullend onderzoek uit (alleen op indicatie)</li> <li>● Neem, indien nodig, telefonisch contact op met specialist, paramedici (dit is afhankelijk van het consult)</li> </ul>
Stap 4	Vul bij elk herhaalbezoek het CVRM registratieprotocol in.
Stap 5	Neem de patiënt op in de oproep-, controle-en follow up lijst (noteer wie de follow up afspreekt en wie de oproep-, controle-en follow up lijst beheert)
Stap 6	Overleg structureel met alle betrokken medewerkers en pas (indien gewenst) het beleid aan

## 4.2 Controle frequentie

### Initiële jaar:

In het initiële jaar is de consultfrequentie en begeleiding afhankelijk van de aandoening, de mate van ingesteld zijn en het individueel zorgplan. Goed ingestelde patiënten komen minimaal 1 maal per jaar voor jaarcontrole op het HVZ spreekuur.

De HA of POH vult het registratieprotocol volledig in en stelt aan de hand van het individueel zorgplan daar waar nodig de leefstijladviezen en/of medicatie in. De POH doet in de regel de bijstelling van het leefstijladvies. Indien er een ontregeling en medicatie-instelling nodig is, wordt de patiënt door de HA opnieuw ingesteld. Gemiddeld genomen worden de patiënten in het eerste jaar 4 maal gezien; meestal om de 3 maanden.

### Follow up jaren, stabiel ingestelde patiënt:

Na het eerste jaar (initiële jaar) vinden in de navolgende jaren (follow up jaren) controles plaats met een controlefrequentie van minimaal 1x per jaar.

Daarbij geldt als **advies** dat:

- De controlefrequentie in overleg met de patiënt en de HA/POH wordt vastgesteld en afhankelijk is van de gestelde behandeldoelen in het individueel zorgplan;
- De huisarts/POH de patiënt minimaal 1 maal per jaar zelf ziet;
- 1 maal per jaar een jaarcontrole plaats vindt waar op indicatie bloed- en urine onderzoek verricht worden. Zie [bijlage 7](#) Laboratorium en aanvullend bloedonderzoek.

### Follow up jaren, instabiel ingestelde patiënt:

De controlefrequentie wordt aan de hand van de ontregeling (tensie of lipiden) en het individueel behandelplan bijgesteld;

## 4.3 Toepassen van persoonsgerichte zorg

Tijdens de CVRM spreekuren kan gebruik gemaakt worden van tools die kunnen ondersteunen bij het geven van leefstijladviezen. Zo kan de huisarts of POH de tool [www.watertoedoet.info](http://www.watertoedoet.info) gebruiken om op een begrijpelijke wijze samen met de patiënt te kijken naar de beste behandeling voor de patiënt. De tool geeft op een duidelijke manier uitleg over bijvoorbeeld een behandeling op medicamenteus gebied of op lifestyleverandering. Hiervoor heeft de patiënt wel de beschikking nodig over internet.

Ook de tool [www.u-prevent.nl](http://www.u-prevent.nl) is een prettige tool om de patiënt uitleg te geven over de beste medicatie keuze bijv. bij een doorgemaakt HVZ . De patiënt kan zelf zien en samen met de zorgverlener beslissen of deze medicatie bij hem/haar past en wat het kan opleveren op termijn. Met deze tool kan de zorgverlener berekenen welke winst u kunt behalen op het gebied van uw gezondheid en met name in de toekomst.

De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de betrokkenheid/motivatie van de patiënt bij het behandelbeleid zijn belangrijke uitgangspunten voor persoonsgerichte zorg.

## 5. Bijlagen: Formulieren en andere hulpmiddelen

Ten behoeve van het consult kan de huisarts gebruik maken van standaard formulieren, protocollen en andere uitwerkingen. Deze documentatie staat in de hierna volgende bijlagen:

- [Bijlage 1](#): Voorbeeld oproepbrieven
- [Bijlage 2](#): Vragenlijst CVRM spreekuur
- [Bijlage 3](#): Gerichte leefstijl adviezen
- [Bijlage 4](#): Streefwaarden HVZ
- [Bijlage 5](#): Stappenplan 'gestoorde nuchtere glucose'
- [Bijlage 6](#): Nadere uitwerking medicamenteuze behandeling
- [Bijlage 7](#): Laboratorium- en aanvullend onderzoek
- [Bijlage 8](#): Zorgpaden HVZ
- [Bijlage 9](#): Validaties



## Bijlage 1. Voorbeelden oproepbrieven

### Versie 1: Praktijk neemt binnen twee weken contact op

Geachte **[heer / mevrouw] [naam]**,

Bij u is in het verleden of recentelijk **[een probleem met hart en/of vaten] [een risicofactor voor hart- en vaatziekten]** vastgesteld. Dit betekent dat u mogelijk een verhoogd risico heeft om problemen te krijgen met uw hart of bloedvaten.

Om vast te stellen of het risico ook echt verhoogd is wil **[de huisarts, ik]** nagaan of er bij u nog meer risicofactoren aanwezig zijn. **[Hij / Zij / Ik]** nodig[t] u daarom uit voor een speciaal spreekuur. Dit spreekuur is opgezet voor mensen met risicofactoren voor problemen aan hart of bloedvaten. Wij willen met dit spreekuur extra aandacht besteden aan het voorkomen van hart- en vaatziekten.

Wij bieden u aan om een risicoprofiel op te stellen om te kijken welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten er bij u aanwezig zijn. We besteden ook aandacht aan leefstijl: gezonde voeding, bewegen en stoppen met roken. Misschien kunt u door verandering van uw leefstijl het risico verlagen. Daarbij kunnen wij u helpen.

Voor een afspraak op dit spreekuur, speciaal voor mensen met een risicofactor voor hart- en vaatziekten, zullen wij binnen twee weken contact met u opnemen. Indien er geen contact is gemaakt, kunt u zelf contact opnemen voor het maken van een afspraak met **[naam]**, **[praktijkassistent / praktijkondersteuner]**, bereikbaar op **[telefoonnummer / e-mail]**.

Onze praktijkondersteuner **[naam]** voert dit spreekuur uit. **[Hij / Zij]** krijgt ondersteuning en begeleiding van de huisarts. De praktijkondersteuner heeft voor deze taak een speciale opleiding gevolgd.

Het is van belang om enkele bloedwaarden te weten bij het bespreken van het risico op hart- en bloedvatproblemen in de toekomst. Daarom ontvangt u bij deze brief een laboratoriumaanvraagformulier. Zou u drie tot vier werkdagen voordat u naar het spreekuur komt bloed willen laten prikken? We verzoeken u ook om bij het laboratorium een beetje urine af te geven. De uitslagen zijn dan bekend als uw eerste afspraak plaatsvindt. Daarnaast willen we u vragen om bijgevoegde vragenlijst in te vullen en mee te nemen naar uw afspraak.

Als u tussentijds klachten krijgt, is het natuurlijk niet de bedoeling dat u tot het volgende spreekuur wacht. U kunt altijd een afspraak maken voor het gewone spreekuur.

Wanneer u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met **[naam]**, **[praktijkassistent / praktijkondersteuner]** op **[telefoonnummer]**.

Met vriendelijke groet,  
**[Naam]**, huisarts

## Versie 2: Patiënt neemt zelf contact op

Geachte **[heer / mevrouw] [naam]**,

Bij u is in het verleden of recentelijk **[een probleem met hart en/of vaten] [een risicofactor voor hart- en vaatziekten]** vastgesteld. Dit betekent dat u mogelijk een verhoogd risico heeft om problemen te krijgen met uw hart of bloedvaten.

Om vast te stellen of het risico ook echt verhoogd is wil **[de huisarts, ik]** nagaan of er bij u nog meer risicofactoren aanwezig zijn. **[Hij / Zij / Ik]** nodig[t] u daarom uit voor een speciaal spreekuur. Dit spreekuur is opgezet voor mensen met risicofactoren voor problemen aan hart of bloedvaten. Wij willen met dit spreekuur extra aandacht besteden aan het voorkomen van hart- en vaatziekten.

Wij bieden u aan om een risicoprofiel op te stellen om te kijken welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten er bij u aanwezig zijn. We besteden ook aandacht aan leefstijl: gezonde voeding, bewegen en stoppen met roken. Misschien kunt u door verandering van uw leefstijl het risico verlagen. Daarbij kunnen wij u helpen.

Voor het maken van een afspraak op dit spreekuur, speciaal voor mensen met een risicofactor voor hart- en vaatziekten, kunt u contact opnemen met **[naam], [praktijk assistent / praktijkondersteuner]** bereikbaar op **[telefoonnummer / e-mail]**.

Onze praktijkondersteuner **[naam]** voert dit spreekuur uit. **[Hij / Zij]** krijgt ondersteuning en begeleiding van de huisarts(en). De praktijkondersteuner heeft voor deze taak een speciale opleiding gevolgd.

Het is van belang om enkele bloedwaarden te weten bij het bespreken van het risico op hart- en bloedvatproblemen in de toekomst. Daarom ontvangt u bij deze brief een laboratoriumaanvraagformulier. Zou u drie tot vier werkdagen voordat u naar het spreekuur komt bloed willen laten prikken? We verzoeken u ook om bij het laboratorium een beetje urine af te geven. De uitslagen zijn dan bekend als uw eerste afspraak plaatsvindt. Daarnaast willen we u vragen om bijgevoegde vragenlijst in te vullen en mee te nemen naar uw afspraak.

Als u tussentijds klachten krijgt, is het natuurlijk niet de bedoeling dat u tot het volgende spreekuur wacht. U kunt altijd een afspraak maken voor het gewone spreekuur.

Wanneer u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met **[naam], [praktijk assistent / praktijkondersteuner]** op **[telefoonnummer]**.

Met vriendelijke groet,  
**[Naam]**, huisarts

### Versie 3: Huisarts bepaalt datum/tijd

Geachte **[heer / mevrouw] [naam]**,

Bij u is in het verleden of recentelijk **[een probleem met hart en/of vaten] [een risicofactor voor hart- en vaatziekten]** vastgesteld. Dit betekent dat u mogelijk een verhoogd risico heeft om problemen te krijgen met uw hart of bloedvaten.

Om vast te stellen of het risico ook echt verhoogd is wil **[de huisarts, ik]** nagaan of er bij u nog meer risicofactoren aanwezig zijn. **[Hij / Zij / Ik]** nodig[t] u daarom uit voor een speciaal spreekuur. Dit spreekuur is opgezet voor mensen met risicofactoren voor problemen aan hart of bloedvaten. Wij willen met dit spreekuur extra aandacht besteden aan het voorkomen van hart- en vaatziekten.

Wij bieden u aan om een risicoprofiel op te stellen om te kijken welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten er bij u aanwezig zijn. We besteden ook aandacht aan leefstijl: gezonde voeding, bewegen en stoppen met roken. Misschien kunt u door verandering van uw leefstijl het risico verlagen. Daarbij kunnen wij u helpen.

Het spreekuur, speciaal voor mensen met een risicofactor voor hart- en vaatziekten, wordt gehouden op **[dag(en)]**. Ik nodig u op **[datum, tijd]** uit op dit spreekuur.

Onze praktijkondersteuner **[naam]** voert dit spreekuur uit. **[Hij / Zij]** krijgt ondersteuning en begeleiding van de huisarts. De praktijkondersteuner heeft voor deze taak een speciale opleiding gevolgd.

Het is van belang om enkele bloedwaarden te weten bij het bespreken van het risico op hart- en bloedvatproblemen in de toekomst. Daarom ontvangt u bij deze brief een laboratoriumaanvraagformulier. Zou u drie tot vier werkdagen voordat u naar het spreekuur komt bloed willen laten prikken? We verzoeken u ook om bij het laboratorium een beetje urine af te geven. De uitslagen zijn dan bekend als uw eerste afspraak plaatsvindt. Daarnaast willen we u vragen om bijgevoegde vragenlijst in te vullen en mee te nemen naar uw afspraak.

Als u tussentijds klachten krijgt, is het natuurlijk niet de bedoeling dat u tot het volgende spreekuur wacht. U kunt altijd een afspraak maken voor het gewone spreekuur.

Wanneer u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met **[naam]**, **[praktijk assistent / praktijkondersteuner]** op **[telefoonnummer]**.

Met vriendelijke groet,  
**[Naam]**, huisarts

## Bijlage 2. Vragenlijst CVRM spreekuur

### Vragenlijst ter voorbereiding van een controlebezoek aan het spreekuur voor CVRM

U komt voor een controle op het spreekuur voor cardiovasculair risicomanagement. Ter voorbereiding van dit consult verzoeken wij u om enkele vragen te beantwoorden. De praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner weet dan welke onderwerpen voor u belangrijk zijn om te bespreken.

#### 1. Algemeen

Wat wilt u bij dit bezoek zeker bespreken? .....

#### 2. Klachten

Heeft u klachten die u wilt bespreken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Zo ja, heeft u last van:		
- pijn op de borst?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- hartkloppingen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- kortademigheid bij inspanning?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- moeheid bij inspanning?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- slaapapneu?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- stress/ spanning?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- problemen bij intimiteit?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- dikke enkels?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
- pijn in de benen als u een eindje loopt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
* Zo ja, zakt deze pijn weer als u even rust houdt? ('Etalagebenen')	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee

#### 3. Beweging:

Bent u het afgelopen jaar <b>minder</b> gaan bewegen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Bent u het afgelopen jaar <b>meer</b> gaan bewegen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Zou u meer aan lichaamsbeweging willen doen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Heeft u vragen over uw lichaamsbeweging?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
* Zo ja, welke? .....		

#### 4. Medicatie

Heeft u problemen met uw medicatie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Zijn er medicijnen waar u problemen mee gehad heeft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee

#### 5. Leefstijl

Rookt u?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
* Zo ja, denkt u er wel eens over om te stoppen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
* Heeft u het afgelopen jaar geprobeerd te stoppen met roken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Heeft u het afgelopen jaar een dieet gevolgd?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Zou u iets aan uw voeding willen veranderen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Heeft u vragen over uw voeding?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
* Zo ja, welke? .....		
Gebruikt u weleens alcohol?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
* Zo ja, hoeveel? .....		

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst. Gelieve deze ingevulde lijst mee te nemen naar het spreekuur.

## Bijlage 3. Nadere uitwerking gerichte leefstijl adviezen

### 1. Hart- en vaatziekten:

- 1a. Hyperlipidemie
- 1b. Hypertensie
- 1c. Overgewicht

### 2. De HVZ-zorgpaden

- 2a. Angina pectoris
- 2b. Doorgemaakt myocard infarct
- 2c. Trans ischaemic attack (TIA)
- 2d. Cerebraal infarct en intracerebrale bloeding
- 2e. Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)
- 2f. Aneurysma aorta abdominalis (AAA)

### 3. Zorgprofielen 1 & 2

## 1. Hart- en vaatziekten

Het opvolgen van de algemene leefstijladviezen is aan te raden. Per ziektebeeld is er een specifiek advies, hieronder toegelicht.

### 1a. Hyperlipidemie

#### **Dieetkenmerken volgens de Dieetbehandelingsrichtlijnen van Elsevier:**

- leefstijl (anders dan voeding): stoppen met roken, voldoende bewegen en stressbeheersing;
- totaal vet 20 – 40 en% (maximaal 30 – 35 en% bij overgewicht en obesitas);
- verzadigde vetzuren maximaal 10 en%. Vervangen door onverzadigde vetzuren of andere macronutriënten uit plantaardige bronnen. Verzadigde vetzuren niet vervangen door bewerkte zetmeelrijke producten en mono-/disachariden;
- transvetzuren vermijden (maximaal 1 en%);
- onverzadigde vetzuren 8 – 38 en% (maximaal rond 30 en% bij overgewicht en obesitas);
- meervoudig onverzadigde vetzuren 12 en%;
- een normale inname van omega-6 vetzuren ligt rond 5 – 6 en% (minimaal 2 en%);
- ALA minimaal 1 en% en DHA/EPA minimaal 450 mg;
- eventueel toevoegen van 2 gram plantensterolen per dag door consumptie van voedingsmiddelen rijk aan van nature aanwezige plantensterolen, eventueel aangevuld met producten verrijkt met plantensterolen;
- gebruik van meer plantaardige en minder dierlijke voedingsmiddelen, inclusief eventuele vervanging van zuivel door alternatieven van soja;
- beperken cholesterolinname, onder andere door consumptie van niet meer dan 1 – 4 eieren per week en het verlagen van de consumptie van cake en taart;
- voedingsvezels minimaal 14 gram per 1000 kilocalorieën;
- vermijden van gekookte, ongefilterde koffie;
- verhogen inname van groente en fruit;
- verhogen inname van peulvruchten;
- dagelijks 1 handje ongezouten noten;
- geen tot maximaal 1 glas alcohol (10 g alcohol) per dag;
- matig zoutgebruik (maximaal 6 gram per dag);
- indien nodig gewichtsverlies door het hanteren van een goede energiebalans (Elsevier, z.d.-b)

Let op: Bij deze patiënten kan er sprake zijn van een verstoorde glucosetolerantie, dit kan relatie hebben met diabetes mellitus (Nederlandse Huisartsen Genootschap, 2019).

## 1b. Hypertensie

### **Dieetkenmerken volgens de Dieetbehandelingsrichtlijnen van Elsevier:**

Voedings- en dieetadvies:

- Bij medicijngebruik:
  - kaliumsparende diuretica en ACE-remmers: geen zoutvervangend mineraalmengsel;
  - diuretica: adequate inname van kalium;
  - ACE-remmers en angiotensine-II-receptorblokkers: natriumgebruik tot maximaal 2.400 mg natrium.
- Natriumgebruik tot maximaal 2.400 mg Na (= 6 gram zout) of bij zeer hoge natriuminname een reële beperking naar inzicht van de diëtist.
- Glycyrrhizinezuur maximaal 9.5 mg/dag.
- Verzadigd vet volgens de Richtlijnen goede voeding (beperkt tot 10 energieprocent).
- Gebruik van adequate inname van kalium, magnesium en calcium.
- Cafeïne maximaal 400 mg per dag.
- Alcoholische dranken bij voorkeur niet gebruiken, maximaal 1 consumptie per dag.
- Voldoende energie, eventueel energiebeperkt bij een BMI hoger dan 25.
- Richtlijnen goede voeding.
- Jodium volgens aanbevolen hoeveelheden volgens de Voedingsnormen.
- Flavonoïden en polyfenolen. Er zijn geen aanbevolen hoeveelheden voor flavonoïden en polyfenolen.
- Co-enzym Q10. Er is geen aanbevolen hoeveelheid voor Co-enzym Q, maar een suppletie van 2 × 50 mg per dag lijkt effectief.
- Vitamine D (suppletie). Voor vitamine D gelden de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden conform de Richtlijnen goede voeding.
- Gebruik van 1 maal per week vis, bij voorkeur vette vis (Elsevier, z.d.-c).

Let op: Bij deze patiënten kan er sprake zijn van een verstoorde glucosetolerantie, dit kan relatie hebben met diabetes mellitus (Nederlandse Huisartsen Genootschap, 2019).

## 1c. Overgewicht

### **Dieetbehandelingsrichtlijnen Elsevier Overgewicht en obesitas behandeladvies:**

Energiebeperkt dieet gericht op zelfmanagement met beweegprogramma en gedragsverandering.

### **Dieetbehandelingsrichtlijnen Elsevier Overgewicht en obesitas dieetkenmerken:**

- energiebeperkt: 600 kcal minder dan de gebruikelijke inname;
- op basis van Richtlijnen goede voeding: 40 – 50 energie% koolhydraten, 15 – 25 energie% eiwit, 30 energie% vet; 2,0 liter vocht per dag;
- bij insulineresistentie: geef een dieet met 30 en% eiwit, 35 en% vet en 35 en% koolhydraten, en 25 – 30 gram voedingsvezels. Stel als de patiënt niet voldoende afvalt de hoeveelheid koolhydraten naar beneden bij; verhoog dan de hoeveelheid eiwit en vet (maximaal 1,5 gram eiwit per kg normaal gewicht per dag gedurende de eerste fase, daarna 1,2 g eiwit per kg lichaamsgewicht per dag);
- structuur: geen maaltijden overslaan; beperkte hoeveelheid tussendoortjes; vaste eetplaats; niet eten als compensatie voor emoties;
- beweging: 1 uur per dag matig intensief (ten minste 3 × per week);
- gedragsverandering door een combinatie van gesprekstechnieken.

Let op: Bij deze patiënten kan er sprake zijn van een verstoorde glucosetolerantie, dit kan relatie hebben met diabetes mellitus (Nederlandse Huisartsen Genootschap, 2019).

### **Lichamelijk onderzoek en risico factoren volgens de Dieetbehandelingsrichtlijnen van Elsevier:**

Lichamelijk onderzoek: BMI, gewichtsverloop, buikomvang, relevante labwaarden, bloeddruk.

Risicofactoren: hoogenenergetische voeding, gebrek aan beweging, onregelmatig leven, alcohol, laag opleidingsniveau, veranderde leefomstandigheden (studeren, samenwonen, een gezin krijgen, gepensioneerd worden), obesogene omgeving, sociale omgeving, erfelijke belasting, lage sociaal-economische status, stoppen met roken, stress, leeftijd, zwangerschap, hypothyreoïdie, erfelijke aandoeningen, Prader-Willi-syndroom,

syndroom van Down, autistische stoornissen, ontwikkelings-stoornissen, monogenetische afwijkingen, Cushing-syndroom, medicijngebruik, menopauze (Elsevier, z.d.-d).

## 2. De HVZ-zorgpaden

- a. Angina pectoris
- b. Doorgemaakt myocard infarct
- c. Trans ischaemic attack (TIA)
- d. Cerebraal infarct en intracerebrale bloeding
- e. Perifere arterieel vaatlijden (PAV)
- f. Aneurysma aorta abdominalis (AAA)

Bij deze zorgpaden is het van belang dat de patiënten onder behandeling zijn bij zorgprofessionals waaronder diëtisten. Het is belangrijk dat de bloeddruk wordt gecontroleerd bij patiënten met deze hart- en vaatziekten en dat er wordt gecontroleerd op risico's op andere HVZ. De diëtist kijkt naar een volwaardig eetpatroon specifiek voor deze HVZ-zorgpaden, zoals aanpassing van de consistentie die noodzakelijk kan zijn bij een doorgemaakt myocard infarct, trans ischaemic attack en cerebraal infarct/intracerebrale bloeding.

## 3. Zorgprofielen

De Artsenwijzer Diëtetiek heeft 4 zorgprofielen opgesteld. Hierin is te vinden hoe kaderzorg het beste aangepakt kan worden volgens de Zorgmodule Voeding, zie afbeelding). Deze zorgprofielen waren nog niet eerder uitgewerkt voor HVZ-zorg. Er is voor Zorgprofiel 1 en 2 een gebruiksaanwijzing geschreven.

- **Zorgprofiel 1** is gericht op zelfmanagement, dit is mee te geven aan patiënten, zie blz. 10 e.v.
- **Zorgprofiel 2** is gericht op patiënten die begeleiding van zorgverleners nodig hebben, dit is mee te geven aan patiënten, zie blz. 11 e.v.
- **Zorgprofiel 3 en 4** zijn te gebruiken door (gespecialiseerde) diëtisten (Nederlandse Vereniging van Diëtisten, 2017). Om deze reden zijn ze niet uitgewerkt voor de huisartsenpraktijk en te raadplegen via:
  - [https://www.nvdietist.nl/images/Factsheets/CVRM\\_2017.pdf](https://www.nvdietist.nl/images/Factsheets/CVRM_2017.pdf)
  - <https://www.artsenwijzerdiëtetiek.nl/cvrm-en-hartfalen>
  - [https://www.nvdietist.nl/images/Vakkennis/Zorgmodule\\_Voeding/Zorgmodule\\_Voeding\\_Amsterdam\\_2012\\_Stroomschema\\_Zorgprofielen\\_en\\_Compententies.pdf](https://www.nvdietist.nl/images/Vakkennis/Zorgmodule_Voeding/Zorgmodule_Voeding_Amsterdam_2012_Stroomschema_Zorgprofielen_en_Compententies.pdf)
  - [Of raadpleeg de Dieetbehandelingsrichtlijnen van Elsevier voor advies geschikt voor patiënten met HVZ \(of andere ziektebeelden\), zie blz. 7.](#)





## Bronvermelding voedingsadvies

- Apotheek Du Faux | Hoge bloeddruk, stille doder. (z.d.). [Foto]. Geraadpleegd van <https://www.apotheekdufaux.be/hoge-bloeddruk-stille-doder/>
- Baarda, D. B. (2014). *Dit is onderzoek!* (2de editie, Vol. 2014). Groningen, Nederland: Noordhoff
- Beweegrichtlijnen 2017. (2017). [Foto]. Geraadpleegd van [http://www.artsenwijzernet.nl/images/beweegrichtlijnen2017\\_figuur1.jpg](http://www.artsenwijzernet.nl/images/beweegrichtlijnen2017_figuur1.jpg)
- Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) | NHG. (z.d.). Geraadpleegd op 18 februari 2020, van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/cardiovasculair-risicomanagement#note-22>
- Cholesterol | Thuisarts. (z.d.). Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.thuisarts.nl/cholesterol>
- De diëtist, Diëtist in Haarlem, Jennifer Rezek. (z.d.). [Illustratie]. Geraadpleegd van <https://www.dietistinhaarlem.nl/de-dietist/>
- Dieet dit dieet dat. (2019, 12 april). *Wat doet de diëtist? - Dieet dit Dieet Dat*. Geraadpleegd op 16 mei 2020, van <https://dieetditdieetdat.nl/wat-doet-de-dietist/>
- Dieet volhouden: hoe zorg je voor de juiste motivatie. (z.d.). [Foto]. Geraadpleegd van <https://www.lowcarbchef.nl/blog/dieet-volhouden-hoe-zorg-je-voor-de-juiste-motivatie>
- Elsevier. (z.d.-a). *Dieetbehandelingsrichtlijnen: Home*. Geraadpleegd op 18 mei 2020, van <https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl>
- Elsevier. (z.d.-b). *Dieetbehandelingsrichtlijnen Hyperlipidemie*. Geraadpleegd op 20 maart 2020, van [https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen-nl.ezproxy.hhs.nl/richtlijnen/04HK\\_hyperlipidemie\\_1.html](https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen-nl.ezproxy.hhs.nl/richtlijnen/04HK_hyperlipidemie_1.html)
- Elsevier. (z.d.-c). *Dieetbehandelingsrichtlijnen Hypertensie*. Geraadpleegd op 20 maart 2020, van [https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen-nl.ezproxy.hhs.nl/richtlijnen/22HK\\_hypertensie\\_1.html](https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen-nl.ezproxy.hhs.nl/richtlijnen/22HK_hypertensie_1.html)
- Elsevier. (z.d.-d). *Dieetbehandelingsrichtlijnen Overgewicht en obesitas*. Geraadpleegd op 20 maart 2020, van [https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen-nl.ezproxy.hhs.nl/richtlijnen/09HK\\_overgewicht\\_en\\_obesitas\\_1.html](https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen-nl.ezproxy.hhs.nl/richtlijnen/09HK_overgewicht_en_obesitas_1.html)
- Ervaar. (2020, 12 mei). Geraadpleegd op 21 mei 2020, van <https://voedingleeft.nl>
- Federatie Medisch Specialist. (2019, 6 maart). *Stoppen met roken-interventie bij CVRM - Richtlijn - Richtlijnen-database*. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van [https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/cardiovasculair\\_risicomanagement\\_cvr/risicofactor\\_interventie\\_bij\\_cvr/leefstijladviezen\\_bij\\_cvr/toppen\\_met\\_roken-interventie\\_bij\\_cvr.html](https://richtlijnen-database.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvr/risicofactor_interventie_bij_cvr/leefstijladviezen_bij_cvr/toppen_met_roken-interventie_bij_cvr.html)
- Generations Family Practice Cholesterol dangers | Annual Exam | Generations Family Practice. (z.d.). [Illustratie]. Geraadpleegd van <https://www.generationsfamilypractice.com/the-hidden-enemy-of-cholesterol-and-how-to-fight-it/>
- Gezondheidsraad. (2015). *Richtlijnen goede voeding 2015 (2015/24)*. Geraadpleegd van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2015/11/04/richtlijnen-goede-voeding-2015>
- Gezondheidsvoordelen wanneer je een beetje afvalt - Wayuki. (z.d.). [Illustratie]. Geraadpleegd van <https://www.wayuki.nl/gezondheidsvoordelen-wanneer-je-een-beetje-afvalt/>
- Hartstichting. (z.d.-a). *Hoge bloeddruk*. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.hartstichting.nl/getmedia/f6bea7d9-dba8-4c73-bab0-41054004c6bf/brochure-hartstichting-hoge-bloeddruk.pdf>
- Hartstichting. (z.d.-b). *Hoog cholesterol*. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.hartstichting.nl/getmedia/52b8cd99-a63f-48a6-91d4-8545fb447b43/brochure-hartstichting-hoog-cholesterol.pdf>
- Hartstichting. (z.d.-c). *Lees alles over buikomvang meten*. Geraadpleegd op 18 februari 2020, van <https://www.hartstichting.nl/risicofactoren/overgewicht/meten-buikomvang>
- Hartstichting. (z.d.-d). *Lees alles over gezond eten*. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.hartstichting.nl/gezond-leven/gezond-eten>
- Hartstichting. (z.d.-e). *Lees alles over stress*. Geraadpleegd op 18 februari 2020, van <https://www.hartstichting.nl/risicofactoren/stress>
- Hartstichting. (z.d.-f). *Stoppen met roken*. Geraadpleegd op 17 februari 2020, van <https://www.hartstichting.nl/gezond-leven/stoppen-met-roken>
- Hoenderdos, K., & Pijl, H. (2018). *Hart- en vaatziekten?* (1ste editie, Vol. 1). Amsterdam, Nederland: Fontaine Uitgevers.
- Hoge bloeddruk | Thuisarts. (z.d.). Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.thuisarts.nl/hoge-bloeddruk>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017, 22 augustus). *Beweegrichtlijnen 2017*. Geraadpleegd op 18 februari 2020, van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>
- Nederlands Genootschap Huisartsen. (2017, 24 oktober). *NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken*. Geraadpleegd op 17 februari 2020, van <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-behandelrichtlijn-stoppen-met-roken>
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (2012, 1 januari). *Zorgmodule Voeding*. Geraadpleegd op 26 maart 2020, van <https://www.nvdietist.nl/ik-ben-professional/vakkennis/zorgmodule-voeding>
- Nederlandse Huisartsen Genootschap. (2015, 3 september). *Nieuwe NHG-Zorgmodules Leefstijl | NHG*. Geraadpleegd op 14 april 2020, van <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/nieuwe-nhg-zorgmodules-leefstijl>
- Nederlandse Huisartsen Genootschap. (2019, 1 januari). *Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) | NHG*. Geraadpleegd op 2 april 2020, van <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement>
- Vereniging van Diëtisten. (2015). *Http://www.artsenwijzer.info/site/media/cvr/en\_hartfalen.pdf* (versie 2015). Geraadpleegd van [http://www.artsenwijzer.info/site/media/cvr/en\\_hartfalen.pdf](http://www.artsenwijzer.info/site/media/cvr/en_hartfalen.pdf)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten. (2017, 1 december). *Factsheet CVRM*. Geraadpleegd op 20 maart 2020, van [https://www.nvdietist.nl/images/Factsheets/CVRM\\_2017.pdf](https://www.nvdietist.nl/images/Factsheets/CVRM_2017.pdf)

- Richtlijnwerkgroep, Trimbos-instituut, Nederlands Huisartsen Genootschap, Stichting Partnership stop met roken, & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2016). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning* (AF1580). Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/docs/7435d8f9-c8f4-4302-aec6-f4fddade81f2.pdf>
- Stichting Je Leefstijl als Medicijn. (2020, 17 mei). Geraadpleegd op 21 mei 2020, van <https://www.jeleefstijlalsmedicijn.nl>
- Swaen, B. (2020, 29 januari). *Overzicht referentiestijlen*. Geraadpleegd op 5 juni 2020, van <https://www.scribbr.nl/bronvermelding/overzicht-referentiestijlen/>
- Van Zuiden Communications B.V. (2009). *SAMENVATTING RICHTLIJN BEHANDELING VAN TABAKSVERSLAVING (actualisering 2009)* (1). Geraadpleegd van <http://www.partnershipstopmetroken.nl/wp-content/uploads/2013/01/SamenvattingskaartRichtlijn2009.pdf>
- Vaartjes, I., Peters, R., Van Dis, S., & Bots, M. (2007, 1 januari). *Cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*. Geraadpleegd op 12 mei 2020, van onbekend.
- Vereniging Eerstelijns Diëtisten. (z.d.). *Veld*. Geraadpleegd op 18 mei 2020, van <https://www.dietistinhelveld.nl>
- Vitae Voedingsadviesbureau. (2016, 23 maart). *Home*. Geraadpleegd op 16 april 2020, van <http://www.vitaevoeding.nl>
- Voedingscentrum. (z.d.-a). *Hoe eet ik gezond met een hart- en vaatziekte?* Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.voedingscentrum.nl/nl/service/vraag-en-antwoord/aandoeningen/hoe-eet-ik-gezond-met-een-hart-en-vaatziekte.aspx>
- Voedingscentrum. (z.d.-b). *Koffie*. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/koffie.aspx>
- Voedingscentrum. (z.d.-c). *Vitamine D*. Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-d.aspx>
- Zorgorganisatie Eerste Lijn. (2018, 15 november). Geraadpleegd op 16 april 2020, van <https://zel.nl>
- Zorgorganisatie Eerste Lijn. (2020, 21 april). *Diabetes - protocol*. Geraadpleegd op 6 mei 2020, van <https://zel.nl/geintegreerde-en-persoonsgerichte-zorg/chronische-zorg-protocollen-en-handreikingen-hoofdmenu/protocol-diabetes-2019/>
- Zorgorganisatie Eerste Lijn. (2017, 2 februari). *Wat is het verschil tussen primaire en secundaire preventie in de HVZ keten als het gaat om een verwijzing naar de diëtiste?* Geraadpleegd op 6 mei 2020, van <https://zel.nl/fag/wat-is-het-verschil-tussen-primaire-en-secundaire-preventie-in-de-hvz-keten-als-het-gaat-om-een-verwijzing-naar-de-dietiste/>
- Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL). (2015). *Regionaal zorgplan Hart en Vaatziekten* (versie 2015). Geraadpleegd van <https://zel.nl/wp-content/uploads/2014/10/Zorgplan-HVZ-2015-hq.pdf>
- Zoutmeter. (z.d.). Geraadpleegd op 12 maart 2020, van <https://www.nierstichting.nl/zoutmeter#/>

## Bijlage 4. Streefwaarden HVZ

	Met Hart- en/of Vaatziekten
RR systole < 70 jaar	< 140 mmHg
RR diastole < 70 jaar	< 90 mmHg
RR systole > 70 jaar	140 tot 150 mmHg
LDL	< 1,8 mmol/l bij HVZ en < 70 jaar < 2,6 mmol/l bij zeer + matig verhoogd risico CVRM < 3.0 mmol/l bij geen verhoogd risico CVRM
(nuchter) Glucose	< 6 mmol/l
Kalium	3.5-5.0 mmol/l
Creatinine	Man: 59-104 umol/l Vrouw: 45-84 umol/l
eGFR (MDRD)	> 60 ml/min/m <sup>2</sup>
BMI <sup>4</sup>	20 - 25 kg/m <sup>2</sup>
Middelomtrek	Man: 79-94 cm Vrouw: 68-80 cm

<sup>4</sup> Hogere streefwaarden voor BMI bij ouderen zijn vervallen: het advies is om bij iedereen te streven naar een gezond gewicht: BMI 20-25 (NHG praktische handleiding CVRM, 2020)

## Bijlage 5. Stappenplan ‘Gestoorde nuchtere glucose’

### Stappenplan gestoorde nuchtere glucose; nog geen Diabetes Mellitus

Stap 1	Er is sprake van een gestoorde glucosetolerantie
Stap 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiëntenbrieven</li> </ul> Patiënt krijgt mee: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ingevuld laboratoriumformulier</li> <li>● Korte vragenlijst (zie <a href="#">bijlage 2</a>)</li> <li>● Urine potje en sticker (als er ook sprake is van hypertensie en/of nierinsufficiëntie)</li> </ul>
Stap 3 Duur: 30 min.	Volgende consult bij POH/HA: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bespreken bloedsuikerslagen</li> <li>● Meten bloeddruk (2x)</li> <li>● Meten lengte, gewicht en bepalen BMI. Middelomtrek bij een BMI&gt;30</li> <li>● Anamnese vragen over roken, voeding, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en familieanamnese</li> <li>● Opmaken en bespreken risicoprofiel en risicoscore</li> <li>● Opstellen behandelvoorstel</li> </ul>
Stap 4	Valideer de diagnose gestoorde glucose tolerantie (zie validatie diagnose tabel)
Stap 5	Vul bij elk herhaalbezoek het risicoprofiel CVRM in volgens het registratieprotocol.
Stap 6	Begeleidt de patiënt aan de hand van het individueel zorgplan.
Stap 7	De patiënt wordt op de controle-en follow up lijst genoteerd en de follow up datum wordt achter hoofdbehandelaar huisarts in het risicoprofiel ingevuld.
Stap 8	Na goede instelling komt de patiënt 1 maal per jaar voor jaarcontrole in zijn geboortemaand
Stap 9	Er wordt direct een afspraak gemaakt of de patiënt maakt zelf een afspraak
Stap 10	Als de follow up datum verlopen is wordt de patiënt opgeroepen met brief

Indien een patiënt met een gestoorde glucose tolerantie een diabetes mellitus (DM) ontwikkelt, wordt hij opgenomen in het DM protocol en valt hij onder het zorgpad DM.

In plaats van het risicoprofiel CVRM wordt nu het risicoprofiel DM ingevuld.

## Bijlage 6. Nadere uitwerking medicamenteuze behandeling

Afhankelijk van de soort HVZ die de patiënt heeft doorgemaakt, de hoogte van de systolische bloeddruk en de LDL cholesterol-waarde wordt een behandeling gestart. Daarnaast worden de voordelen van preventieve behandeling afgewogen tegen de nadelen, zoals bijwerkingen, interacties en kosten van geneesmiddelgebruik. De patiënt wordt betrokken bij de besluitvorming.

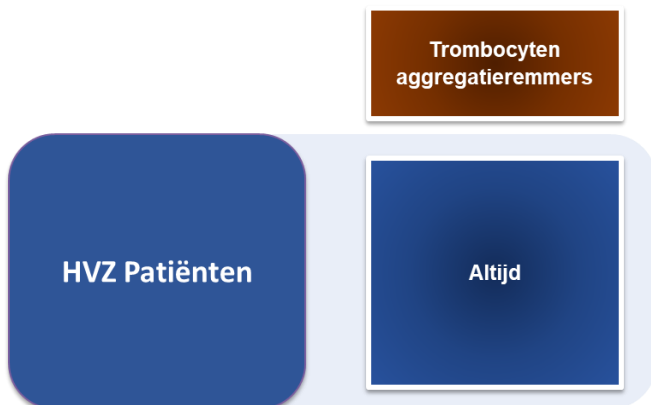
### Patiënten met HVZ



### Trombocytenaggregatieremmers

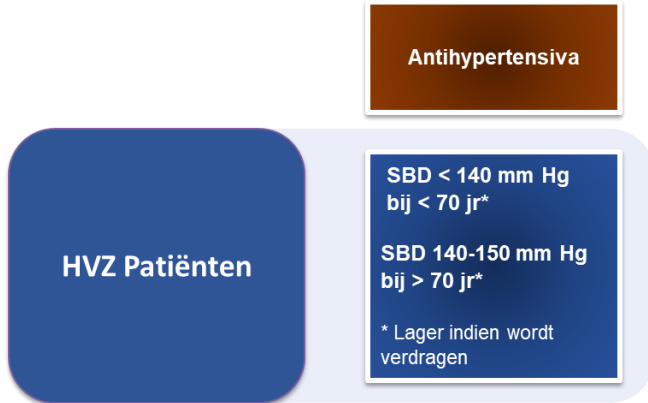
Aan alle patiënten met HVZ (m.u.v. patiënten met een doorgemaakt bloedig CVA) die, op grond van comorbiditeit, zoals atriumfibrilleren of structurele hartafwijkingen, niet in aanmerkingen komen voor antistolling, wordt Acetylsalicylzuur voorgeschreven. Bij overgevoeligheid voor Clopidogrel kan Acetylsalicylzuur worden voorgeschreven.

Voor patiënten zonder HVZ is er onvoldoende bewijs om standaardbehandelingen met acetylsalicylzuur te adviseren.



## Antihypertensiva

Met de keus voor een antihypertensivum wordt vooral rekening gehouden met de co morbiditeit, de specifieke kenmerken van de patiënt en voorgaande ervaringen van de patiënt met bloeddrukverlagende medicatie en met potentiële bijwerkingen, interacties en contra-indicaties. Bij gelijkwaardige alternatieven moeten ook kosten van het geneesmiddel bij de keuze worden betrokken.



### Verkort therapieschema bloeddrukbehandeling (NHG Standaard CVRM, 2019)

<b>Stap 1</b>	<p>a. <b>ACE-remmer</b> – voorkeur op basis van kosten</p> <p>b. <b>ARB</b> -- veroorzaakt vaak minder kriebelhoest dan ACE-remmer</p> <p>c. <b>calciumantagonist</b> -- voorkeur op basis van kosten, geen voorkeur bij hartfalen</p> <p>d. <b>thiazidediureticum</b> – geen voorkeur bij jicht of historie met basaalcel- of plaveiselcelcarcinoom</p> <p>e. <b>bètablokker</b>—geen voorkeur bij primaire hypertensie, geen voorkeur bij verhoogd risico op diabetes, wel bij cardiale indicatie.</p>
<b>Stap 2</b>	Combineer calciumantagonist met een ACE-remmer of ARB (bij kriebelhoest) of met een hydrochloorthiazide, bij voorkeur in combinatietablet
<b>Stap 3</b>	Combineer ACE-remmer (of ARB bij kriebelhoest) en calciumantagonist met hydrochloorthiazide diureticum of bètablokker
<b>Stap 4</b>	<p>Indien streefwaarde niet is bereikt verhoog doseringen (in stapjes) tot de maximaal te verdragen dosering, en maximaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ACE-remmer:</b> enalapril 1dd 40mg, lisinopril 1dd 80mg, perindopril 1dd 8mg of ramipril 1dd 10mg;</li> <li>- <b>ARB:</b> telmisartan 1dd 80mg, candesartan 1dd 32mg, losartan 1dd 100mg of valsartan 1dd 320mg, Irbesartan 300mg;</li> <li>- <b>calciumantagonist:</b> amlodipine 1dd 10mg of lercanidipine 1dd 20mg. Bij atriumfibrilleren diltiazem 1dd 400mg of verapamil mga 2dd 240mg;</li> <li>- <b>thiazidediureticum:</b> hydrochloorthiazide 1dd 25mg of chloortalidon 1dd 25mg;</li> <li>- <b>bètablokker:</b> metoprololsuccinaat 1dd 200mg mga, atenolol 1dd 100mg of bisoprolol 1dd 20mg.</li> </ul>
<b>!!!</b>	<p>Bij onvoldoende bereiken van streefwaarde ondanks gebruik van 3 antihypertensiva in adequate dosering en voldoende therapietrouw (<b>Therapieresistente Hypertensie</b>)</p> <p>Ga naar stap 5 of overweeg verwijzing naar de internist</p>
<b>Stap 5</b>	Voeg spironolacton toe of verwijs naar de internist

### Voorkeursmedicatie bij specifieke situaties (NHG Standaard CVRM, 2019)

Situatie	Geneesmiddel
Verhoogde albuminurie ( $> 3$ mg/mmol albumine/creatinine)	ACE-R/ARB
Eerder MI/coronairlijden	Bètablokkers, ACE-R/ARB
Angina pectoris	Bètablokkers, calciumantagonisten
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
Personen van West- of Zuid-Afrikaanse afkomst	Diuretica en calciumantagonisten

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

### Stappenplan hypertensie

Stap 1	Bij verdenking op hypertensie wordt de bloeddruk 2x gemeten aan 2 armen met tussenpoos van minimaal 15 seconden. Noteer de hoogste arm en meet voortaan aan deze arm
Stap 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiëntenbrieven</li> </ul> Patiënt krijgt mee: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingevuld laboratoriumformulier</li> <li>Korte vragenlijst (zie <a href="#">bijlage 2</a>)</li> <li>Urine potje en sticker</li> </ul>
Stap 3 Duur: 30 min.	Volgende consult bij POH/HA: <ul style="list-style-type: none"> <li>Bespreken bloeduitslagen</li> <li>Metten bloeddruk (2x)</li> <li>Metten lengte, gewicht en bepalen BMI. Middelomtrek bij een BMI &gt; 30</li> <li>Anamnese vragen over roken, voeding, alcoholgebruik, evt. OSAS, lichamelijke activiteit en familieanamnese</li> <li>Opmaken en bespreken risicoprofiel en risicoscore</li> <li>Opstellen behandelvoorstel</li> </ul>
Stap 4	Valideer de diagnose hypertensie indien 2-3 maal een spreekuurmeting te hoog is (zie validatie diagnosetabel)
Stap 5	Doe een 24-uurs meting of een thuismeting op indicatie (24-uurs meting heeft de voorkeur)
Stap 6	Vul bij elk herhaalbezoek het risicoprofiel CVRM in volgens het registratieprotocol
Stap 7	Begeleid de patiënt aan de hand van het individueel zorgplan
Stap 8	De patiënt wordt op de controle-en follow up lijst genoteerd en de follow up datum wordt achter hoofdbehandelaar huisarts in het risicoprofiel ingevuld
Stap 9	Na goede instelling komt de patiënt 1 maal per jaar voor jaarcontrole in zijn geboortemaand
Stap 10	Er wordt direct een afspraak gemaakt of de patiënt maakt zelf een afspraak
Stap 11	Als de follow up datum verlopen is wordt de patiënt opgeroepen met een brief

### Medicatie controlebeleid hypertensie

Situatie	Procedure	Controle
Een nieuw medicament is gestart	Na 2 weken: de patiënt na 2 weken terug laten komen om het recept te verlengen  6 wekelijkse controle: de patiënt na uiterlijk 6 weken terug laten komen voor controle	Na 2 weken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloeddruk meten</li> <li>• Bijwerkingen nagaan</li> <li>• Recept verlengen</li> <li>• Bij gebruik (thiazide) diuretica en RAAS remmers controle creatinine en kalium</li> </ul> Tijdens 6 wekelijks controle nagaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloeddruk</li> <li>• Op indicatie laboratoriumonderzoek uitvoeren</li> </ul>
De dosering is gewijzigd	De patiënt na uiterlijk 6 weken terug laten komen voor controle (6 wekelijkse controle)	Het volgende wordt nagegaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloeddruk</li> <li>• Op indicatie laboratorium onderzoek uitvoeren</li> </ul>
Streefwaarde is gehaald	In een periode van 1 jaar de patiënt elk kwartaal terug laten komen voor controle (kwartaalcontroles)	Het volgende wordt nagegaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloeddruk</li> <li>• Leefstijl</li> </ul>
Behandeling is volledig ingesteld (kwartaalcontroles zijn afgerond)	Patiënt wordt jaarlijks gecontroleerd in de geboortemaand. Indien nodig wordt de jaarcontrole afgewisseld met tussentijdse controles	Het volgende wordt nagegaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloeddruk</li> <li>• Leefstijl</li> <li>• Laboratorium onderzoek</li> <li>• Eiwit in urine</li> </ul>

#### Controlefrequentie Hypertensie:

- Tijdens instelling antihypertensieve therapie: twee- tot vierwekelijks tot instelling bereikt is.
- Na instelling van de bloeddruk: 1 maal per jaar.
- Bij ontregeling van de bloeddruk: op indicatie twee- tot vierwekelijks controle tot instelling bereikt is.



## Cholesterolverlagers



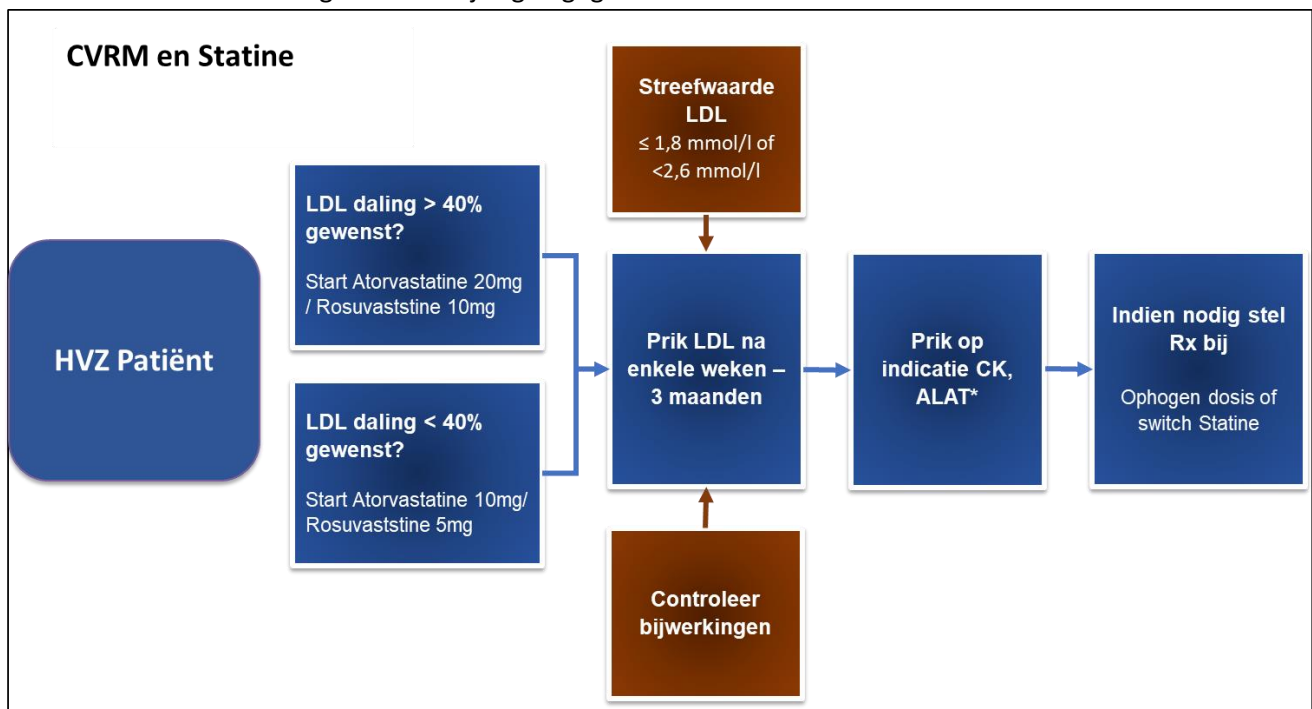
### Streefwaarden

LDL < 1,8 mmol/l HVZ en bij < 70 jaar

LDL < 2,6 mmol/l bij zeer + matig verhoogd risico CVRM

LDL < 3,0 bij geen verhoogd risico CVRM

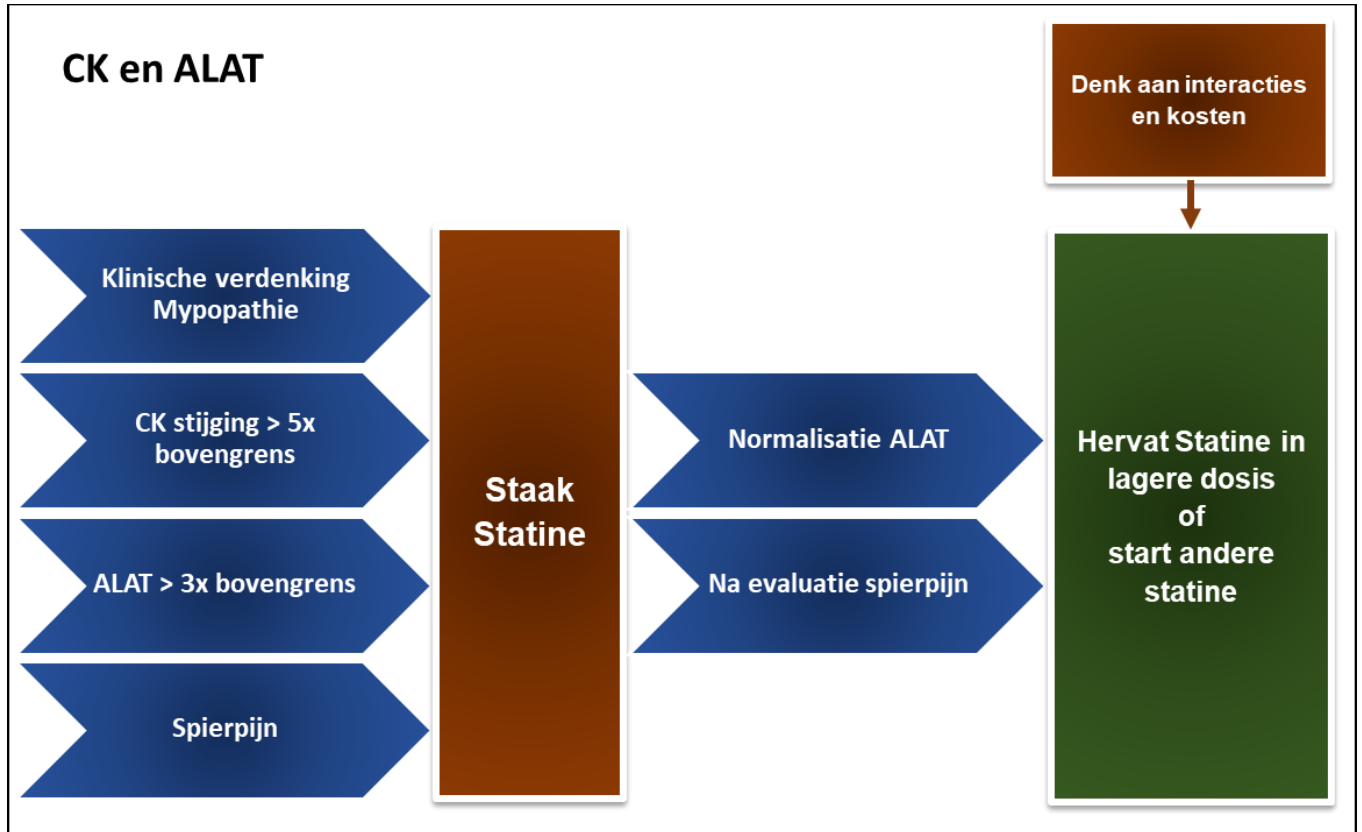
Momenteel worden de volgende aanwijzingen gegeven:



\* Prik op indicatie CK, ALAT:

- Statine doseringen boven de standaard doseringen;
- Co medicatie/ medicatie die interactie kunnen geven;
- Klinische verdenking op toxiciteit/ spierschade;
- Belangrijk is de anamnese van de patiënt. Anamnestiche factoren die kunnen wijzen op spierschade:
  - Spierpijnen, Spierzwakte en Cave: Onverklaarde spierpijn, spierkrampen evt. met malaise, koorts en donkerbruine urine.

Statines en bijwerkingen:



Verkort therapieschema cholesterolbehandeling (NHG Standaard CVRM, 2019)

<b>Stap 1</b>	<p><b>Statine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Bij &lt; 40% gewenste LDL-daling</u>: geef atorvastatine 1dd 10mg (laagste kosten), rosuvastatine 1dd 5mg of simvastatine 1dd 40mg</li> <li>• <u>Bij ≥ 40% gewenste LDL-daling</u>: geef atorvastatine 1dd 20mg (laagste kosten) of rosuvastatine 1dd 10 mg</li> <li>• Bij chronisch gebruik CYP3A4-remmende of -inducerende middelen pravastatine 1dd 40mg</li> </ul>
<b>Stap 2</b>	<p><b>Intensiveer lipideverlagende therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien de streefwaarde niet is bereikt, verhoog de dosering in stapjes tot de maximale dosering: atorvastatine 1dd 80mg, rosuvastatine 1dd 40mg.</li> <li>• Vervang simvastatine 40mg bij onvoldoende effect door atorvastatine 10-20mg of rosuvastatine 5-10mg.</li> </ul>
<b>Stap 3</b>	<p><b>Overweeg toevoegen ezetimib</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien de streefwaarde niet is bereikt: overweeg ezetimib 1dd 10mg toe te voegen bij patiënten ≤ 70 jaar. (Weeg de voor- en nadelen van het toevoegen van ezetimib of het accepteren van een hogere LDL-waarde dan de streefwaarde af.)</li> <li>• Bij ouderen (&gt; 70 jaar): overweeg toevoegen van ezetimib alleen bij niet-kwetsbare ouderen met hart- en vaatziekten.</li> </ul>
<b>Stap 4</b>	<p><b>Overweeg verwijzing naar specialist</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiënt mogelijk geschikt voor PCSK9-remmer, voorschrift hiervan is vooralsnog behouden voor enkele specialismen</li> </ul>

### **Bijwerkingen of interactie:**

- Staak of verlaag (tijdelijk) dosering statine. Bij verdenking toxiciteit of langdurige interactie: controleer CK en transaminasen
- Bij milde spierklachten zonder toxiciteit: evalueer klachten enkele weken na staken
- Geen relatie met statine: herstart Statine
- Wel relatie met statine: herstart evt. lagere dosering of switch naar fluvastatine ≤ 40 mg/d, pravastatine ≤ 80 mg/d cq. rosuvastatine ≤ 40 mg/d. Verstandige switch is van simvastatine/ atorvastatine naar rosuvastatine wegens de metabolisme in de lever.

### **Stappenplan hyperlipidemie**

Stap 1	Patiënt gebruikt een cholesterolverlager en/of heeft een LDL > 2,6
Stap 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</li> </ul> Patiënt krijgt mee: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingevuld laboratoriumformulier</li> <li>• Korte vragenlijst (zie <a href="#">bijlage 2</a>)</li> <li>• Urine potje en sticker (als er ook sprake is van hypertensie en/of nierinsufficiëntie)</li> </ul>
Stap 3 Duur: 30 min.	Volgende consult bij POH/HA: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bespreken bloedsuikerslagen</li> <li>• Meten bloeddruk (2x)</li> <li>• Meten lengte, gewicht en bepalen BMI. Middelomtrek bij een BMI &gt; 30</li> <li>• Anamnese vragen over roken, voeding, alcoholgebruik, lichamelijke activiteit en familieanamnese</li> <li>• Opmaken en bespreken risicoprofiel en risicoscore</li> <li>• Opstellen behandelvoorstel</li> </ul>
Stap 4	Valideer de diagnose hyperlipidemie (zie validatie diagnosetabel)
Stap 5	Vul bij elk herhaalbezoek het risicoprofiel CVRM in volgens het registratieprotocol
Stap 6	Begeleidt de patiënt aan de hand van het individueel zorgplan
Stap 7	De patiënt wordt op de controle-en follow up lijst genoteerd en de follow up datum wordt achter hoofdbehandelaar huisarts in het risicoprofiel ingevuld
Stap 8	Na goede instelling komt de patiënt 1 maal per jaar voor jaarcontrole in zijn geboortemaand
Stap 9	Er wordt direct een afspraak gemaakt of de patiënt maakt zelf een afspraak
Stap 10	Als de follow up datum verlopen is wordt de patiënt opgeroepen met brief of telefonisch

### Medicatie controlebeleid hyperlipidemie

Situatie	Procedure	Controle
Een nieuw medicament is gestart	De patiënt na uiterlijk 3 maanden terug laten komen voor controle (kwartaal controle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lipidenspectrum</li> <li>• Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren (ALAT en CK)</li> </ul>
De dosering is gewijzigd	De patiënt na uiterlijk 3 maanden terug laten komen voor controle (kwartaal controle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lipidenspectrum</li> <li>• Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren (ALAT en CK)</li> </ul>
De streefwaarde <sup>1</sup> is gehaald en de behandeling is volledig ingesteld	Patiënt wordt jaarlijks gecontroleerd (jaarcontroles) <b>Let op:</b> de jaarcontroles vinden plaats in combinatie met de jaarlijkse CVRM controles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 maal per 3 jaar het LDL bepalen</li> <li>• Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren</li> </ul>

<sup>1</sup>of de voor de patiënt maximaal haalbare waarde

#### Controlefrequentie hyperlipidemie:

- Na start therapie uiterlijk na 3 maanden
- Na aanpassing dosering uiterlijk na 3 maanden
- Stabiel ingestelde patiënt jaarlijkse controle samen met de jaarlijkse CVRM controles

## Bijlage 7. Laboratorium en aanvullend onderzoek

Laboratoriumonderzoek voor bepalen van het risicoprofiel

### Ten aanzien van het vetspectrum:

- Totaal Cholesterol;
- HDL-Cholesterol;
- LDL-Cholesterol;<sup>5</sup>
- Triglyceriden;
- Totaal Cholesterol/HDL-Cholesterol Ratio

### Overig

- Glucose;
- Creatinine;
- eGFR (MDRD)
- Natrium
- Kalium

### Op indicatie

- Urineonderzoek: (micro)albumine of albumine/creatinine ratio in een portie urine

### Bij het staken van RAAS remmers en diureticum:

- Creatinine;
- eGFR (MDRD)
- Natrium
- Kalium

Na 2 weken wederom controle van bovenstaande onderzoeken, vervolgens 3 maandelijks herhalen.

---

<sup>5</sup> Het LDL voor de monitoring van de hyperlipidemie behandeling; indien de patiënt goed is ingesteld kan 1 maal per 3 jaar het LDL worden bepaald. Advies van de werkgroep is om dit jaarlijks te doen. Totaal Cholesterol/HDL-Cholesterol ratio wordt gebruikt voor de risicoschatting bij patiënten zónder HVZ;

## Aanvullend diagnostisch onderzoek

Dit onderdeel is onderwerp van gesprek bij de ontwikkeling van de RTA CVRM met de specialisten en is nog in ontwikkeling.

### Op indicatie:

- ECG bij de huisarts
  - Bij een onregelmatig ritme;
  - Bij verdenking op atriumfibrillatie;
  - Bij therapieresistente hypertensie
  - Bij lang bestaande hypertensie en/of verdenking linker ventrikelhypertrofie;
  - Bij verdenking op een acuut coronair syndroom.
  
- Holter ECG of event recorder
  - Bij verdenking op (paroxysmale) hartritmestoornissen (Atriumfibrillatie).
  
- Ambulante of thuisbloeddrukmetingen
  - Bij SBD tussen 140-180mmHg om de diagnose Hypertensie te verifiëren
  - Bij sterke variatie praktijkmetingen;
  - Bij twijfel over de diagnose hypertensie of indicatie voor medicatie;
  - Bij verdenking witte jassen hypertensie;
  - Bij verdenking gemaskeerde hypertensie;
  - Bij controle van de behandeling;
  - Bij wens de patiënt tot zelfcontrole;
  - Bij trachten therapietrouw te verbeteren.
  
- 24 uren bloeddrukmeting kan een alternatief zijn voor ambulante of thuisbloeddrukmetingen.
  - Bij SBD tussen 140-180mmHg om de diagnose Hypertensie te verifiëren
  - Bij beperkt ziekte-inzicht, obsessief meetgedrag en angst;
  - Bij therapieresistentie, om pseudo-resistentie uit te sluiten of aan te tonen;
  - Bij verdenking op hypotensieve episodes, speciaal bij ouderen en diabeten.
  
- Enkel / arm index:
  - Bij klachten die kunnen passen bij claudicatio intermittens
  
- Echocardiogram:
  - Bij patiënten met hypertensie en afwijkingen in ECG

Linker ventrikelhypertrofie (LVH) is een onafhankelijke risicofactor voor HVZ. Echocardiografie is sensitiever dan een ECG om LVH vast te stellen en het risico van HVZ te voorspellen.

## Bijlage 8. HVZ zorgpaden

Deze afzonderlijke zorgpaden beschrijven de aanvullende ziekte - specifieke behandel- en controle aspecten per cardiovasculaire aandoening. Het gaat hierbij om de volgende aandoeningen:

- Angina Pectoris (AP) (ICPC code: K74);
- Acuut Myocard Infarct (AMI) (ICPC code: K75);
- Transient ischaemic Attack (TIA) (ICPC code: K89);
- Cerebro Vasculair Accident (CVA) (ICPC code: K90.03);
- Claudicatio Intermittens / Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) (ICPC code: K92.01);
- Aneurysma Aorta (AA) (ICPC code: K99.01).

Van elk beschreven ziektebeeld is het zorgpad opgebouwd met de volgende onderdelen:

- 1- Anamnese
- 2- Benodigd lichamelijk onderzoek
- 3- Niet-medicamenteuze behandeling
- 4- Initiële behandeling
- 5- Medicamenteuze behandeling
- 6- Vervolgcontroles
- 7- Consultatie en verwijzing 2<sup>e</sup> lijn

## Angina Pectoris

Angina Pectoris	
<b>1. Anamnese</b>	<p>Type klachten, vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de aard van de pijn (drukkend, stekend)</li> <li>• uitstraling naar arm(en), hals, kaken, rug, bovenbuik</li> <li>• hoe vaak treden deze klachten op</li> <li>• duur van de klachten</li> </ul> <p>Provocerende momenten, vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het ontstaan van de klachten: pijn op de borst bij inspanning, emotie, koude/warmte, of in rust</li> </ul> <p>Alarm symptomen Acuut Coronair Syndroom (ACS), vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het optreden van de klachten: in rust of bij minimale inspanning</li> <li>• of er sprake is van misselijkheid, zweten, angst, bleek gelaat, onrust?</li> <li>• Het eerder hebben gehad van ischemische hart- of vaatziekten. Zo ja, herkent patiënt huidige klachten?</li> </ul>
<b>2. Lichamelijk onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bloeddruk</li> <li>• pols: frequentie en regelmaat</li> <li>• verder volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>3. Niet-medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stoppen met roken</li> <li>• beweeg- en voedingsadviezen</li> <li>• alcohol maximaal 2 EH/dag</li> <li>• bij BMI &gt; 25 streven naar 10% gewichtsreductie</li> </ul> <p>Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</p>
<b>4. Initiële behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zie medicamenteuze behandeling</li> </ul>
<b>5. Medicamenteuze behandeling</b>	<p>Aanvalsbehandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isosorbidedinitraat 5mg (sublinguaal), eventueel herhalen na 5 en 10 minuten. Waarschuw huisarts na 15 min bij aanhoudende klachten</li> </ul> <p>Onderhoudsbehandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>e</sup> keus: bètablokker</li> <li>• 2<sup>e</sup> keus: langwerkend nitraat</li> <li>• 3<sup>e</sup> keus: calciumantagonist</li> <li>• Bij combinatietherapie bètablokker combineren met langwerkend nitraat</li> <li>• overig: Acetylsalicylzuur en Statine (streefwaarde LDL &lt; 2,5)</li> </ul>
<b>6. Vervolgcontroles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wekelijks tot stabiele instelling: bespreek beloop klachten. inventariseer alarmsymptomen</li> <li>• Bij stabiele instelling op indicatie controle volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>7. Consultatie en verwijzing 2<sup>e</sup> lijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij angineuze klachten die niet verdwijnen binnen 15 minuten na rust of na Behandeling met nitraten &gt; spoed</li> <li>• Bij instabiele AP zonder klachten in rust &gt; binnen 24h</li> <li>• Bij angineuze klachten die ondanks combinatiebehandeling met 2 middelen blijven bestaan en aanzienlijke beperkingen geven in het dagelijks leven</li> <li>• Bij Angina Pectoris patiënten met chronisch hartfalen</li> </ul>



## Doorgemaakt Myocard Infarct

Doorgemaakt Myocard Infarct	
<b>1. Anamnese</b>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● klachten van angina pectoris ( zie Angina Pectoris)</li> </ul> <p>aanwijzingen voor hartfalen, vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● moeheid of kortademigheid in rust of bij inspanningen die eerder goed verdragen werden?</li> <li>● kortademigheid s 'nachts of bij plat liggen?</li> <li>● oedeem van benen en/of enkels? Psychisch functioneren:</li> <li>● is er sprake van angsten, depressieve klachten en gevolgen hiervan voor het dagelijks functioneren, seksualiteit?</li> </ul>
<b>2. Lichamelijk onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bloeddruk</li> <li>● Pols, frequentie en regelmaat</li> <li>● Verder volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>3. Niet-medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Stoppen met roken</li> <li>● Beweeg/voedingsadviezen</li> <li>● Alcohol maximaal 1 EH per dag</li> <li>● Bij BMI &gt;25 streven naar 10% gewichtsreductie in 6 maanden</li> <li>● Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</li> </ul>
<b>4. Initiële behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● niet van toepassing, wordt door cardioloog gedaan</li> </ul>
<b>5. Medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acetylsalicylzuur</li> <li>● Statine</li> <li>● Bètablokker</li> <li>● ACE- remmer</li> <li>● Langwerkend nitraat bij aanhoudend angineuze klachten</li> <li>● CA- antagonisten bij contra-indicatie bètablokker of niet behalen behandeldoelen</li> </ul>
<b>6. Vervolgcontroles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Minimaal jaarlijks controle</li> <li>● Vragen naar klachten die kunnen wijzen op Acut Coronair Syndroom</li> <li>● Aandacht psychosociale problematiek</li> <li>● Verder volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>7. Consultatie en verwijzing 2<sup>e</sup> lijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recidief Acut Coronair Syndroom</li> <li>● (snelle) progressie klachten</li> <li>● Recidief angineuze klachten binnen enkele maanden na Acut Coronair Syndroom of Percutane Coronaire Interventie (PCI)</li> <li>● Na semi - recent Acut Myocard Infarct (24h-5dgn) ter beoordeling Linker Ventrikel functie, inspanningstolerantie en restschaemie</li> <li>● Bij toeval ontdekt oud-infarct op ECG ter beoordeling Linker Ventrikel-functie</li> </ul>

## Transient Ischaemic Attack (TIA)

<b>Transient Ischaemic Attack (TIA)</b>	
<b>1. Anamnese</b>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waaruit de klachten van neurologische uitval bestonden</li> <li>• Wanneer de klachten zijn begonnen</li> <li>• Resterende uitval</li> <li>• Gelijksortige verschijnselen eerder opgetreden zijn</li> </ul>
<b>2. Lichamelijk onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloeddruk</li> <li>• Pols, frequentie en regelmaat</li> <li>• Verder volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>3. Niet-medicamenteuze behandeling</b>	<p>Geef voorlichting over de aandoening:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leg uit dat de uitvalsverschijnselen veroorzaakt zijn doordat een stukje hersenweefsel tijdelijk minder goed van bloed werd voorzien. De herhalingskans kan met een kwart verkleind worden door dagelijks Acetylsalicylzuur in te nemen. Ook stoppen met roken, normalisering van de bloeddruk en de cholesterolspiegel en beëindiging van overmatig alcoholgebruik verminderen de kans op recidief.</li> </ul> <p>Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</p>
<b>4. Initiële behandeling</b>	<p>TIA zonder hartritmestoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clopidogrel 1dd 75mg, levenslang</li> <li>• Bij contraïndicatie voor Clopidogrel; combinatie Acetylsalicylzuur en Dipyridamol 2dd 200mg, levenslang</li> </ul> <p>TIA met hartritmestoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumarinederivaat (trombosedienst) of</li> <li>• NOAC</li> </ul>
<b>5. Medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zie initiële behandeling</li> <li>• Statine en Antihypertensiva volgens schema zorgplan</li> </ul>
<b>6. Vervolgcontroles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimaal jaarlijks controle</li> <li>• Controles verder afhankelijk van overige risicofactoren op HVZ</li> <li>• verder volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>7. Consultatie en verwijzing 2<sup>e</sup> lijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij onvoldoende zekerheid omtrent diagnose</li> </ul>

## Cerebraal infarct en intracerebrale bloeding

<b>Cerebraal infarct en intracerebrale bloeding t.g.v arteriosclerose</b>	
<b>1. Anamnese</b>	<p>Aandacht voor verzorgingsaspecten, vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuele problemen met betrekking tot voedsel/vochtinname en lichamelijke hygiëne</li> <li>• Behoefte aan opvangmateriaal bij incontinentie</li> </ul>
<b>2. Lichamelijk onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloeddruk</li> <li>• Pols, frequentie en regelmaat</li> <li>• Verder volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>3. Niet- medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geef voorlichting over preventie van decubitus</li> <li>• Geef NHG patiëntenbrief CVA mee</li> <li>• Wijs op het bestaan van patiëntenverenigingen voor CVA patiënten en partners (Nederlandse CVA- vereniging: Samen Verder, p/a Stichting Hoofd Hart en Vaten, Postbus 132, 3720 AC Bilthoven, tel (030) 659 46 50, <a href="mailto:info.samenverder@shhv.nl">info.samenverder@shhv.nl</a>, <a href="http://www.cva-samenverder.nl">www.cva-samenverder.nl</a>. Stichting Afasie Nederland/Afasie Vereniging Nederland, Postbus 221, 6939 AE Westervoort, tel (026) 351 25 12.)</li> <li>• Verder conform zorgplan</li> <li>• Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</li> </ul>
<b>4. Initiële behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door neuroloog / huisarts</li> </ul>
<b>5. Medicamenteuze behandeling</b>	<p><b>Beleid bij cerebraal infarct<sup>6</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Start medicatie: Clopidogrel 1x daags 75 mg, levenslang</li> <li>• Bij contraindicatie voor Clopidogrel; combinatie Acetylsalicylzuur en Dipyridamol 2dd 200mg, levenslang</li> <li>• Statine met streefwaarde LDL&lt;1,8 bij &lt; 70 jaar of LDL&lt;2,6 bij &gt; 70 jaar</li> </ul> <p><b>Beleid bij intracerebrale bloeding</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statine met streefwaarde LDL&lt;1,8 bij &lt; 70 jaar of LDL&lt;2,6 bij &gt; 70 jaar</li> </ul>
<b>6. Vervolgcontroles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactfrequentie afhankelijk van de ernst van de situatie, dan wel op verzoek van de patiënt of zijn / haar naaste / verzorgende</li> <li>• Controle functioneel herstel na 3 en 6 maanden</li> <li>• Driemaandelijks controle</li> <li>• Eventueel inschakelen thuiszorginstantie</li> <li>• Vraag bij gebruik van cumarinederivaten naar de instelling door de trombosedienst</li> </ul>
<b>7. Consultatie en verwijzing 2<sup>e</sup> lijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij recidief en mogelijk indicatie voor Trombolysie of opname Stroke – Unit</li> <li>• Bij recidief uitvalsverschijnselen en complicaties, zoals epileptische insulten: naar de neuroloog.</li> <li>• Bij beperkingen in het somatisch of maatschappelijk functioneren: naar de revalidatiearts.</li> <li>• Bij problemen met re-integratie in het arbeidsproces: naar de bedrijfsarts.</li> <li>• Bij onduidelijkheid over het bestaan en de aard van cognitieve stoornissen en/of emotionele gedragsstoornissen: naar de neuropsycholoog.</li> <li>• Bij een kwetsbare oudere met complexe problematiek: naar de specialist ouderengeneeskunde.</li> <li>• Bij taal-, spraak- en/of slikproblemen: naar de logopedist.</li> <li>• Bij mobiliteitsproblemen: naar de fysiotherapeut.</li> <li>• Bij beperkingen in ADL-verrichtingen en huishoudelijke verrichtingen en noodzaak tot aanpassingen in de thussituatie: naar de ergotherapeut.</li> </ul>

<sup>6</sup> De neurologen van het Franciscus Vlietland adviseren gedurende de eerste 3 weken een combinatie van Acetylsalicylzuur en Clopidogrel 75mg te gebruiken. Vervolgens vanaf de 4<sup>e</sup> week doorgaan met Clopidogrel 75mg, levenslang.

## Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)	
<b>1. Anamnese</b>	<p>Vraag naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pijn en andere sensaties (ook temperatuurverschillen) die optreden bij inspanning en verminderen in rust</li> <li>● Maximale loopafstand (&gt; of &lt; 100 meter)</li> <li>● Rustpijn en nachtelijke pijn</li> <li>● Afwijkingen van huid of nagels van de voeten</li> <li>● De duur van de klachten en de snelheid van progressie</li> <li>● Kwaliteit van leven</li> <li>● Beperkingen van lichamelijke (ook seksuele) activiteiten of werk</li> </ul>
<b>2. Lichamelijk onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Let op (dreigende) huiddefecten, drukplekken, beharing voeten en onderbenen</li> <li>● Bepaal huidtemperatuur voeten en onderbenen</li> <li>● Palpatie pulsaties Arteria Tibialis Posterior, Arteria Dorsalis Pedis, Arteria Femoralis</li> <li>● Bloeddruk</li> <li>● Pols, frequentie en regelmaat</li> <li>● Verder volgens consultschema individueel zorgplan</li> </ul>
<b>3. Niet- medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Looptraining</li> <li>● Stoppen met roken</li> <li>● Algemene voorlichting leefregels</li> </ul> <p>Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</p>
<b>4. Initiële behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zie medicamenteuze behandeling</li> </ul>
<b>5. Medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acetylsalicylzuur</li> <li>● Statine</li> </ul>
<b>6. Vervolgcontroles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Eerste 3 maanden iedere maand</li> <li>● Vervolgens 3 maandelijks gedurende het eerste jaar</li> <li>● Bij stabiel blijven klachten en adequate instelling overige risicofactoren volgens consultschema individueel Zorgplan</li> </ul>
<b>7. Consultatie en verwijzing 2<sup>e</sup> lijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verwijs bij vermoeden van acute ischemie met spoed voor ontstopping en eventuele directe revascularisatie.</li> <li>● Verwijs bij vermoeden van chronisch obstructief arterieel vaatlijden afhankelijk van lokale omstandigheden naar een multidisciplinair vaatteam of naar een vaatchirurg: <ul style="list-style-type: none"> <li>- als een bepaling van EAI niet in eigen beheer kan worden uitgevoerd;</li> <li>- bij een gemiddelde EAI van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose;</li> <li>- bij diabetes mellitus en een vermoeden van chronisch obstructief arterieel vaatlijden;</li> <li>- bij snelle progressie van de klachten;</li> <li>- bij blijvende klachten ondanks gesuperviseerde looptraining na 6 maanden;</li> <li>- bij kritieke ischemie voor aanvullend onderzoek en zo nodig invasieve behandeling.</li> </ul> </li> </ul>

## Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA)

<b>Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA)</b>	
<b>1. Anamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>N.V.T.</li> </ul>
<b>2. Lichamelijk onderzoek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Specifiek lichamelijk onderzoek naar AAA wordt niet aanbevolen</li> <li>verder volgens consultschema zorgplan</li> </ul>
<b>3. Niet- medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>stoppen met roken</li> <li>leefstijladviezen volgens zorgplan</li> <li>Verwijs naar de website <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a> voor NHG patiënten brieven</li> </ul>
<b>4. Initiële behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acuut door specialist en zie medicamenteuze behandeling</li> </ul>
<b>5. Medicamenteuze behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acetylsalicylzuur</li> <li>Statine</li> <li>Antihypertensivum bij een bloeddruk &gt; 140 systolisch</li> </ul>
<b>6. Vervolgcontroles</b>	<p>Volgens richtlijn AAA Heelkunde 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3-jaarlijks echo bij diameter &lt; 40mm</li> <li>Jaarlijks echo bij diameter 40 - 50mm</li> <li>Driemaandelijks echo bij diameter &gt; 50mm</li> <li>In principe operatie indicatie bij diameter &gt; 55mm (bij vrouwen &gt; 50mm)</li> <li>Screening 1<sup>ste</sup> graad familieleden valt te overwegen (vanaf ≥ 65 jaar)</li> </ul>
<b>7. Consultatie en verwijzing 2<sup>e</sup> lijn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bij vermoeden AAA verwijzing voor echo diameter aorta.</li> </ul>

## Bijlage 9. Validaties

### Validatie Hypertensie

Systolische bloeddruk (SBD)	Diagnose	Actie
< 140 mmHg	Geen hypertensie	Geen
> 140-180 mmHg	Hypertensie als meerdere metingen > 140 mmHg	2 <sup>e</sup> afspraak bij assistent
> 180 mmHg	Hypertensie	Afspraak bij huisarts, geen spoed
> 200 mmHg	Cave hypertensieve crisis	Spoed naar de huisarts

Meetmethode	Streefwaarde
Spreekkamer	≤ 140 mmHg (80+: 150-160 mmHg)
Thuis, protocollair	≤ 135 mmHg
Ambulant, 24 uur	≤ 130 mmHg (dag) ≤ 120 mmHg (nacht)

### Validatie Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

EAI	Diagnose
EAI < 0,8 (1x) of < 0,9 (3x)	PAV aangetoond
EAI > 0,9 en < 1,0	PAV mogelijk
EAI > 1,1 (1x) of > 1.0 (3x)	PAV uitgesloten

### Validatie Overgewicht

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Diagnose
≤ 25	Normaal gewicht <sup>7</sup>
25-30	Overgewicht
≥ 30	Obesitas

Middelomtrek (cm)	Diagnose
Vrouw < 80 cm en man < 94 cm	Normaal
Vrouw > 80 cm en man > 94 cm	Matig verhoogd
Vrouw > 88 cm en man > 102 cm	Ernstig verhoogd

<sup>7</sup> Hogere streefwaarden voor BMI bij ouderen zijn vervallen: het advies is om bij iedereen te streven naar een gezond gewicht: BMI 20-25 (NHG praktische handleiding CVRM, 2020)

### Validatie Gestoorde glucose tolerantie en Diabetes Mellitus

Diagnose	Valideren diagnose mmol/l
Normaal	< 5,6 (capillair N) < 7,8 (capillair NN) < 6,1 (veneus N) < 7,8 (veneus NN)
Gestoorde glucose stofwisseling	≥ 5,6 en ≤ 6,0 (capillair N) ≥ 6,1 en ≤ 7,8 (veneus N)
DM type 2	> 6,0 (capillair N) > 11,0 (capillair NN) > 6,9 (veneus N) > 11,0 (veneus NN)

Afkortingen: N=nuchter, NN=niet nuchter

### Validatie Hyperlipidemie

Lipiden (mmol/l)	Interpretatie
TC	Indien > 6,5 mmol/l indicatie opstellen risicoprofiel
TC/HDL-ratio	Gebruik voor bepaling risicoscore
LDL	Monitoring effect behandeling, streefwaarde 2,5 mmol/l
Triglyceriden	Hypertriglyceridemie bij > 5 mmol/l

Afkortingen: TC=Totaal Cholesterol

### Validatie Nierfunctiestoornis

Diagnose nierfunctiestoornis	Valideren diagnose
eGFR/MDRD (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	> 65 jr < 45 < 65 jr < 60
Albumine/kreatinine ratio in portie urine (mg/mmol)	<b>Mannen:</b> normaal < 2,5 Microalbuminurie > 2,5 en < 25 Macroalbuminurie > 25 <b>Vrouwen:</b> normaal < 3,5 Microalbuminurie > 3,5 en < 35 Macroalbuminurie > 35
Albumine in portie urine (mg/ml)	Microalbuminurie 20-200 Macroalbuminurie > 200
Albumine in 24 uurs urine (mg)	Microalbuminurie 30-300 Macroalbuminurie > 300

Afkortingen: eGFR=glomerulaire filtratiesnelheid

## Geraadpleegde literatuur

### **Gezondheidsraad, 2015**

Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/24.

### **Nederlands Huisartsen Genootschap, 2020.**

Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019), versie 2.1 publicatie: Juli 2020.

### **Platform Vitale Vaten, 2013**

Herzien Zorgstandaard Cardio Vasculair Risicomanagement, Platform Vitale Vaten: Den Haag (2013).

### **Smit, 2020\***

Herziening diëtetiek gedeelte in het Zorgplan Hart- en Vaatziekten (HVZ), 2020. S. Smit

\* Met speciale dank aan Shona Smit, student Voeding en Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool, voor het actualiseren en completeren van het voedingsadvies (onder supervisie van Miranda Doorduijn, VELD diëtiste).

### **Gebruikte standaarden / Richtlijnen**

Gebaseerd op de meest recente standaarden en richtlijnen voor de huisartsen; zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org)

### **Gebruikte websites**

Thuisarts - <http://www.thuisarts.nl>

Nivel Zorgregistratie eerste lijn - <http://www.zorggegevens.nl>

Voedingscentrum - <http://www.voedingscentrum.nl>

Vitale Vaten / Harteraad - <http://www.vitalevaten.nl>

De Hartstichting - <http://www.hartstichting.nl>



## Het regionaal expertteam HVZ:

### Namens ZEL:

Talip Tumkaya, kaderarts HVZ, huisarts Parkhof in Maassluis  
Monique Tjon-A-Tsien, kaderarts HVZ, huisarts te Wateringen  
Hetty Toussaint, kaderverpleegkundige HVZ ZEL  
Robin Lok, programmamanager chronische zorg

### Namens het Reinier de Graaf Gasthuis:

Dr. J. Constandse, cardioloog  
Dr. L. Aerden, neuroloog  
Dr. N. van der Linde, internist vasculaire geneeskunde  
Dr. Hoffmann, vaatchirurg

### Namens het Franciscus Vlietland ziekenhuis:

Dr. H. Werner, cardioloog  
Dr. C. Alblas, neuroloog  
Dr. T. Slee, internist vasculaire geneeskunde  
Dr. V. Brehm, vaatchirurg