



Eerstelijns ketenzorg voor hart- en vaatziekten

Vasculair risicomanagement

2013

ZIO (ZORG IN ONTWIKKELING)
REGIO MAASTRICHT - HEUVELLAND
VERSIE 3.0

Let op

In dit document wordt de eerstelijns ketenzorg hart- en vaatziekten beschreven. Deze keten bestaat uit vasculair risicomanagement en de begeleiding/behandeling van de bestaande HVZ.

De ketenzorg HVZ is momenteel alleen gecontracteerd voor de volgende patiëntengroepen (patiënten met minimaal één van de volgende vastgestelde diagnosen):

1. Patiënten met een hart- of vaatziekte (coronaire hartziekte, CVA/TIA, perifeer arterieel vaatlijden)
2. Patiënten met reumatoïde artritis
3. Patiënten met een vastgestelde hypertensie
4. Patiënten met een vastgestelde hyperlipidemie

Wanneer een patiënt niet aan één van bovenstaande criteria voldoet, wordt de zorg niet via de ketenzorg HVZ gefinancierd. Mocht vasculair risicomanagement in deze situatie wel noodzakelijk zijn, dan dient u de zorg regulier te declareren bij de desbetreffende zorgverzekeraar.

Patiënten met diabetes mellitus type 2 worden voor de volledige zorgverlening (inclusief het vasculair risicomanagement) behandeld en gefinancierd conform de eerstelijns ketenzorg DM2 in deze regio.

In dit document wordt specifiek ingegaan op vasculair risicomanagement, zoals gecontracteerd binnen de ketenzorg HVZ. Alleen in hoofdstuk 3 (zorgstandaard) waarin de normen voor goed vasculair risicomanagement in deze regio wordt beschreven, wordt geen onderscheid gemaakt tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	5
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	8
Hoofdstuk 2 Methode.....	12
2.1 De ontwikkeling van ketenzorg	13
2.1.1 Het ontwikkelingsproces.....	13
2.1.2 Verantwoordelijkheden van de betrokken partijen	13
2.1.3 Implementatietraject	14
2.1.4 Evaluatie van de ketenzorg HVZ.....	15
2.2 Populatie.....	16
2.3 De cliënt	17
2.4 Analyse.....	18
Hoofdstuk 3 De zorgstandaard	19
3.1 Inleiding.....	20
3.2 Preventie.....	20
3.3 Diagnostiek	22
3.4 Behandeling	23
3.5 Follow-up	24
Hoofdstuk 4 Het zorgprotocol.....	25
4.1 Inleiding.....	26
4.1.1 Patiëntengroepen	26
4.1.2 Tijdsperiode	27
4.1.3 Declareren van zorgkosten	27
4.1.4 Uitvoering taken conform het zorgprotocol.....	27
4.1.5 Contactgegevens ZIO.....	27
4.2 Het protocol.....	28
4.2.1 De totale eerstelijns ketenzorg voor hart- en vaatziekten	29
4.2.2 Het identificeren van patiënten	30
4.2.3 De medicamenteuze behandeling van hypertensie.....	36
4.2.4 De medicamenteuze behandeling van hyperlipidemie.....	42
4.2.5 De ketenpoli vasculair geneeskunde	45
4.2.6 Consultatie bij de uitvoer en beoordeling van een ECG.....	47
4.2.7 De generieke module stoppen met roken	49
4.2.8 De generieke module gezonde voeding	51
4.2.9 De generieke module gezond gewicht	53
4.2.10 Streefwaarden	55
4.2.11 Verwijscriteria voor een behandeling buiten de ketenzorg HVZ.....	56
4.2.12 Verwijscriteria voor een verwijzing van de 2e naar de 1e lijn	60

4.3	De zorgprofielen.....	61
4.4	Taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners	64
4.4.1	De huisarts.....	64
4.4.2	De praktijkondersteuner	65
4.4.3	De doktersassistent	65
4.4.4	De specialist	66
4.4.5	De diëtist	66
4.5	De kwaliteitsindicatoren	66
Literatuurlijst		73
Bijlagen		77
	Bijlage 1 Overzicht werkgroepen	78
	Bijlage 2 Medicamenteuze behandeling hypertensie.....	79
	Bijlage 3 De toepassing van een ABPM, 24-uurs bloeddrukmeter.....	81

Voorwoord

In 2007 werd gestart met diabetes ketenzorg via DBC financiering en vervolgens in 2010 via integrale bekostiging. Vanuit het generalistische perspectief van de huisarts, was het een voor de hand liggende beweging om uiteindelijk te komen tot de ontwikkeling van een ketenprotocol voor hart- en vaatziekten. Immers, diabetes en andere hart- en vaatziekten hebben zoveel overeenkomsten dat een verkokering van de zorg in verschillende ketenprotocollen zeer onlogisch is. Eerst kwam nog de ontwikkeling van ketenzorg voor COPD patiënten. De aanleiding hiervoor was dat men er nationaal van uitging dat de ontwikkeling van ketenzorg bij specifieke ziektebeelden makkelijker en overzichtelijker zou zijn. Zo ontwikkelde de RHZ eerst de diabetes keten en vervolgens de COPD keten. De vraag voor een uitbreiding naar hart- en vaatziekten bleef echter bestaan.

In de ontwikkeling van ketenzorg voor hart- en vaatziekten is een aantal knelpunten te benoemen: 1) meerdere diagnoses in één keten; 2) de omvang van de patiëntengroep met vasculair risico; 3) meerdere zorgketens die tegelijk in de regio geïmplementeerd worden. De verschillende knelpunten worden hieronder besproken.

Inhoud ketenzorg hart- en vaatziekten.

Op de eerste plaats is een aantal keuzes gemaakt voor de ziektebeelden die in het protocol vallen. De keuzes zijn gebaseerd op enerzijds het voorkomen van hart- en vaatziekten in de eerste lijn en anderzijds het beschikbaar zijn van actuele richtlijnen over deze ziektebeelden. Omdat nationaal de koers werd gezet richting vasculair risicomangement (VRM), volgde de werkgroep deze ontwikkeling. In de praktijk zal dit betekenen dat de financiële constructie (integrale bekostiging) zich voornamelijk richt op basiszorg met aanvullende modules voor hypertensie, hyperlipidemie en leefstijl. De basiszorg omvat de VRM controles en het opstellen van een jaarplan samen met de patiënt. Per patiënt wordt vastgesteld welke modules vervolgens in aanmerking komen. Patiënten met diabetes zijn echter uitgesloten van deze keten vanwege de integrale bekostiging diabetes. Het streven is om diabetes uiteindelijk als module binnen de ketenzorg hart- en vaatziekten onder te brengen.

Implementatie ketenzorg hart- en vaatziekten

In het eerste contractjaar werd de ketenzorg hart- en vaatziekten alleen gecontracteerd voor patiënten die reeds in zorg zijn, namelijk een vastgestelde hypertensie, hyperlipidemie of een hart- en vaatziekte waar, na een tweedelijns behandeling, een eerste lijn follow-up bij past. Dit beperkte de omvang van de potentiële groep patiënten die in aanmerking komen voor VRM. Tevens maakte dit de zorg betaalbaar en uitvoerbaar. In navolging van de herziene multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair

risicomanagement is de ketenzorg hart- en vaatziekten vanaf 1 januari 2012 ook gecontracteerd voor patiënten met reumatoïde artritis en patiënten met een 10-jaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ > 10%. Gezien de drukte die de verschillende implementaties van ketenzorg in de praktijk veroorzaakt, is gekozen voor een gefaseerde start. Iedere huisartsenpraktijk kan instromen wanneer deze er aan toe is. Voorafgaand aan de start dienen de betrokken zorgverleners uit de huisartsenpraktijk wel de verplichte kick-off bijeenkomst te volgen. De integratie van Medix (keten EPD) met de preferente HISSen, moet er toe leiden dat de administratieve lasten worden gereduceerd waardoor deze ketenzorg makkelijker kan worden geïmplementeerd.

Kortom, de introductie van ketenzorg voor hart- en vaatziekten is een logische stap gezien het belang van deze ziektebeelden in het huisartsenvak. Door logistieke keuzes hopen we de implementatie overzichtelijk en haalbaar te maken. Eén van de grootste uitdagingen zal zijn om vasculaire risico's bij patiënten daadwerkelijk in te perken of te reduceren. De leefstijl component zal hier een zeer grote rol in spelen. Met internetinterventies, motiveren van patiënten en interventies in de huisartsenpraktijk zullen we moeten tonen hoe succesvol de kwaliteit van de uitkomsten kan worden verbeteren. Een grote uitdaging voor de komende periode.

Namens ZIO,

Guy Schulpen
Medisch directeur

Hoofdstuk 1

Inleiding

Hart- en vaatziekten (HVZ) vormen één van de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland. In 2008 overleden 21.800 vrouwen en 19.068 mannen aan de gevolgen van HVZ.[1] Hiermee zijn HVZ verantwoordelijk voor ongeveer een derde van alle sterftegevallen in Nederland. Binnen deze groep vormen coronaire hartziekten en beroerten de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland.[2-3] Onder HVZ wordt manifest atherosclerotisch vaatlijden verstaan. Voorbeelden van HVZ zijn perifere arterieel vaatlijden, angina pectoris en een Cerebro Vasculair Accident (CVA). Hypertensie en hyperlipidemie zijn risicofactoren voor het krijgen van een HVZ.

In 2005 werd in totaal 5,5 miljard euro besteed aan HVZ. Dit betreft 8,0% van de totale zorgkosten.[4] De sector ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg heeft met 2,4 miljard euro het grootste aandeel binnen de HVZ, namelijk 44,1%. Op de tweede plaats staat de sector ouderenzorg met 1,6 miljard euro kosten (28,4%). Op de derde plaats volgt de sector genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen met 940 miljoen euro (17,1%).[4]

Hart- en vaatziekten zijn deels te voorkomen of te vertragen door tijdig de risicofactoren voor HVZ te behandelen.[5] De risicofactoren voor HVZ komen veelvuldig voor bij de volwassen Nederlandse bevolking. In de leeftijdscategorie van 35 tot 70 jaar heeft ongeveer een kwart een verhoogd cholesterolgehalte (≥ 6.5 mmol/l) en de helft een verhoogde bloeddruk ($\geq 140/90$). Eén op de vier Nederlanders van 15 jaar en ouder rookt en 45% van de Nederlanders boven de 20 jaar heeft overgewicht. Beïnvloeding van deze risicofactoren kan de cardiovasculaire sterfte en morbiditeit aanzienlijk doen verminderen. [3, 6]

Vasculair risicomanagement wordt gedefinieerd als de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor HVZ. Vasculair risicomanagement heeft betrekking op alle door atherosclerose veroorzaakte vaatandoeningen in zowel hoofd, hart als perifeer. In 2003 is een Europese richtlijn ontwikkeld waarin een geïntegreerde behandeling van de preventie van HVZ werd voorgesteld. In navolging van deze richtlijn is vanuit het CBO de geïntegreerde multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement voor Nederland ontwikkeld.[7] Vervolgens bracht de NHG in 2007 de NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement uit, welke inhoudelijk identiek is aan de multidisciplinaire richtlijn.[6] In 2011 werd de multidisciplinaire richtlijn herzien en kwam een herziende versie van deze richtlijn uit.[8] De multidisciplinaire richtlijn en de NHG-standaard beogen een optimaal beleid ten aanzien van de behandeling van patiënten met een verhoogd risico op een HVZ te bevorderen en hiermee de kans op eerste of nieuwe manifestaties van HVZ en de kans op complicaties als gevolg van HVZ te verminderen.[7] De zorgstandaard vasculair risicomanagement, ontwikkeld door het Platform Vitale vaten, is recent verschenen en kan worden beschouwd als een aanvulling op deze richtlijnen.[9] De zorgstandaard beschrijft hoe de zorg op het gebied van

vasculair risicomanagement volgens deskundigen idealiter dient te worden uitgevoerd. Aanwijzingen voor de organisatie van de zorg zijn onderdeel van deze zorgstandaard.

Het vernieuwen en/of veranderen van de zorg voor (chronisch) zieken is een veelomvattende taak. Wagner et al.[10] ontdekte gemeenschappelijke kenmerken bij succesvolle interventies die de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken bevorderden. Deze gemeenschappelijke kenmerken bundelde hij in het Chronic Care Model.[10] De kernelementen van dit model zijn de ondersteuning van het zelfmanagement, het ontwerp van het zorgproces, middelen om besluitvorming te ondersteunen en het gebruik van klinische informatiesystemen.[9] Het Chronic Care Model kan als uitgangspunt worden gehanteerd bij de opzet en evaluatie van vasculair risicomanagement in specifieke regio's.

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals de vergrijzing, behoefte aan zelfmanagement bij patiënten, uitbreiding van mogelijkheden van (informatie) technologie en de behoefte aan integrale zorg waarbij de kosten beheersbaar blijven hebben in de jaren negentig aanleiding gegeven voor expliciete aandacht voor zorgvernieuwing en 're-design' van het zorgproces. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bracht transmurale zorg, kanteling van het zorgproces en disease management op de agenda. Disease management wordt in toenemende mate geïntroduceerd binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Het wordt met name toegepast bij chronische aandoeningen die veel vóórkomen, hoge kosten met zich meebrengen en waarbij vanwege de complexiteit verschillende zorgverleners zijn betrokken. Om de kosten te beheersen wordt in toenemende mate de inhoud en de kosten van zorg vormgegeven in een Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Een DBC is dus zowel een instrument dat de zorg voor een (chronische) ziekte in een eerstelijns keten beschrijft als een instrument voor structurele bekostiging van de zorg in de keten. Bij een eerstelijns keten DBC draagt de huisarts de eindverantwoordelijkheid voor de zorgverlening van een patiënt. Een keten DBC dekt alle zorg benodigd in het traject van diagnosestelling tot nazorg van de mens met de chronische ziekte waarvoor de DBC van toepassing is. De beleidsregel Innovatie voor nieuwe zorgprestaties van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt het mogelijk om kortdurend (maximaal drie jaar) en kleinschalig te experimenteren met bijvoorbeeld een eerstelijns keten DBC. Het gaat dan specifiek om vernieuwingen in het zorgproces voor een groep van patiënten met dezelfde soort zorgvraag. Voor de (chronische) ziekte Diabetes Mellitus type 2 werd ten eerste gestart met het ontwikkelen van eerstelijns keten DBC's.[11] Gezien de noodzaak voor een geïntegreerde benadering van zorg voor (chronisch) zieken is per 1 januari 2010 de beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen van kracht gegaan.[12] Deze beleidsregel geldt specifiek voor Diabetes Mellitus type 2 en cardiovasculair risicomanagement en beoogt de patiënt centraal te

stellen binnen de organisatie van de zorg (vraagsturing). Medio 2010 zal de beleidsregel worden uitgebreid naar COPD en hartfalen. Het opstellen van eerstelijns ketenzorg voor mensen met een verhoogd risico op een hart- of vaatziekte en patiënten die een HVZ hebben (gehad) past binnen het kader van deze beleidsregel.

Gezien de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg en volgend op de ontwikkeling en implementatie van de ketenzorg Diabetes Mellitus type 2 (loopt sinds 1 januari 2007) en de ketenzorg COPD (loopt sinds 1 oktober 2008) is vanuit de stichting Regionale Huisartsenzorg Heuvelland (stichting RHZ) eerstelijns ketenzorg voor HVZ (ketenzorg HVZ) ontwikkeld voor mensen met een verhoogd risico op een hart- of vaatziekte en patiënten die een HVZ hebben (gehad). Ketenzorg HVZ is een regionale uitwerking van de zorg beschreven in de multidisciplinaire CBO-richtlijn/ NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement.[6-8] en de zorgstandaard vasculair risicomanagement.[9] Met ketenzorg HVZ wordt beoogd de kwaliteit van zorg voor mensen met een verhoogd risico op een hart- of vaatziekte en patiënten die een HVZ hebben (gehad) in de regio Maastricht-Heuvelland te optimaliseren door het leveren van kwalitatief hoogstaande geïntegreerde eerstelijnszorg tegen beheersbare en bestuurbare kosten.

Hoofdstuk 2

Methode

2.1 De ontwikkeling van ketenzorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op het ontwikkelingsproces van eerstelijns ketenzorg, de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen, het implementatietraject en de wijze van evalueren.

2.1.1 Het ontwikkelingsproces

Bij de ontwikkeling van eerstelijns ketenzorg wordt gestart met het opstellen van een zorgstandaard. Een zorgstandaard (ofwel het theoretisch kader) beschrijft uit welke zorgonderdelen goede eerstelijns zorg dient te bestaan en is gebaseerd op nationale en internationale richtlijnen. Een zorgstandaard wordt ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep die bestaat uit tenminste een huisarts, praktijkondersteuner, specialist en een gespecialiseerde verpleegkundige. De zorgstandaard wordt door de multidisciplinaire werkgroep vervolgens vertaald in een zorgprofiel. Een zorgprofiel beschrijft per zorgonderdeel 1) welke zorgverleners betrokken zijn; 2) wat de tijdsbesteding is per zorgverlener; 3) de frequentie waarin het zorgonderdeel vóórkomt; 4) voor wie (welk percentage van de patiënten) het zorgonderdeel relevant is. Voor de ontwikkeling van zorgprofielen maakt de multidisciplinaire werkgroep hoofdzakelijk gebruik van de eigen inhoudelijke expertise. De zorgprofielen worden door ZIO vertaald in een kostprijsberekening. Daarnaast worden door de multidisciplinaire werkgroep ook verwijscriteria, streefwaarden en kwaliteitsindicatoren benoemd. Tezamen vormen alle onderdelen het zorgprotocol, dat de eerstelijns ketenzorg vertegenwoordigt. Het zorgprotocol heeft een levensduur van 1 jaar en wordt gedurende het traject meerdere malen geëvalueerd.

2.1.2 Verantwoordelijkheden van de betrokken partijen

ZIO (Zorg In Ontwikkeling) is de hoofdcontractant voor de regio Maastricht - Heuvelland en is verantwoordelijk voor de afsluiting van een ketenzorg contract met de zorgverzekeraars. Daarnaast is ZIO eindverantwoordelijk voor de te leveren prestatie en het bijbehorende budget, en sluit ZIO contracten over prijs, kwaliteit en volume van zorg af met onderaannemers, zoals individuele huisartsen. Als intermediaire zorgaanbieder is ZIO dus zowel de hoofdcontractant als het aanspreekpunt voor de betrokken zorgverleners en/of de relevante organisaties. Als hoofdcontractant biedt ZIO iedere gekwalificeerde zorgverleners een deelcontract aan. ZIO is ook eindverantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van de ketenzorg HVZ. Hierbij moet worden opgemerkt dat de zorginhoudelijke aspecten van de ketenzorg HVZ een gezamenlijke verantwoordelijkheid kennen van de werkgroep ketenzorg HVZ en ZIO.

De opdracht om eerstelijns ketenzorg voor HVZ te ontwikkelen heeft ZIO bij de multidisciplinaire werkgroep ketenzorg HVZ neergelegd, die voor deze gelegenheid werd samengesteld. Vastgesteld werd dat de werkgroep, conform het Quattro-model [13] moest bestaan uit zorgverleners die de spil vormen in de zorg voor mensen met een verhoogd risico op een hart- of vaatziekte en patiënten die een HVZ hebben (gehad). De werkgroep moest daarom tenminste uit een huisarts, praktijkondersteuner, internist, cardioloog en een gespecialiseerd hart- en vaat verpleegkundige bestaan. Daarnaast werd ook aan andere relevante zorgaanbieders en/of organisaties gevraagd zitting te nemen in de werkgroep. Overige regionale inhoudsdeskundigen, zoals een diëtist, fysiotherapeut, neuroloog en vaatchirurg werden tot slot ad hoc uitgenodigd om aanvullende expertise te leveren. De leden van de werkgroep werkten gezamenlijk de randvoorwaarden uit die aan eerstelijns ketenzorg gesteld moeten worden, waarbij de werkgroepleden expertise leverden ten aanzien van diagnostiek, behandeling, verwijsbeleid en communicatiewijze. Voor een actueel overzicht van de werkgroepleden van de werkgroep ketenzorg HVZ wordt verwezen naar Bijlage 1.

De werkgroepleden voerden tevens binnen de eigen beroepsgroep discussies over de (randvoorwaarden van) ketenzorg. Voor de huisartsen werd hiervoor een klankbordgroep opgesteld, bestaande uit zes huisartsen (inclusief één van de huisartsen uit de werkgroep ketenzorg HVZ). Voor een overzicht van de leden van de klankbordgroep huisartsen wordt tevens verwezen naar Bijlage 1.

Patiënten met een hart- of vaatziekte zijn tevens betrokken bij de ontwikkeling van de ketenzorg HVZ om advies te kunnen geven over de vormgeving en uitvoering van de ketenzorg. De cliëntenparticipatie is in samenwerking met Huis voor de Zorg en de stichting Therapeutisch Sporten regio Maastricht vormgegeven. Op 21 juli 2009 vond een eerste cliëntenbijeenkomst plaats. Tijdens deze bijeenkomst waren 11 personen aanwezig waaronder 1 huisarts uit de werkgroep ketenzorg HVZ en de coördinator chronische zorg. Tijdens deze bijeenkomst stond de opzet van de ketenzorg HVZ centraal.

2.1.3 Implementatietraject

Veranderingen in de zorg gaan veelal langzaam en een veranderingsproces kost tijd.[14] Het is daarom van belang dat de praktijkvoering in de huisartsenpraktijk optimaal wordt ondersteund. Dit vereist een gedegen implementatietraject met aandacht voor elementen, zoals communicatie, protocollen, ICT en een scholingsaanbod.

Voorafgaand aan de start van een nieuw ketenzorg product vindt zowel inhoudelijke scholing als een informatiebijeenkomst over de opzet en uitvoering van de ketenzorg plaats. De inhoudelijke scholing werd vanuit de ZIO aangeboden aan zowel

huisartsen als praktijkondersteuners en richtte zich specifiek op het ziektebeeld dat binnen de ketenzorg centraal staat. Vlak voor de start van de ketenzorg HVZ vond een informatiebijeenkomst ('kick-off' bijeenkomst) plaats waarin de opzet en uitvoering van de ketenzorg werd toegelicht. Omdat huisartsen op kwartaalbasis kunnen instromen, werd deze 'kick-off' bijeenkomst een aantal keren herhaald. Voor de 'kick-off' bijeenkomst werden alle betrokken zorgverleners uitgenodigd. Ook na de start van een ketenzorg programma is scholing over het specifieke ziektebeeld relevant ten behoeve van de kwaliteitsborging. In dat kader organiseert ZIO scholingsbijeenkomsten waarin het thema hart- en vaatziekten een vast onderdeel is. Omdat ZIO als ketenregisseur verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ketenzorg is het scholingsaanbod in het kader van de ketenzorg niet vrijblijvend voor huisartsen en praktijkondersteuners.

Patiënten spelen een belangrijke rol bij vasculair risicomanagement en werken nauw samen met de betrokken zorgverleners. In gezamenlijk overleg worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt voor een gezamenlijke aanpak van het vasculaire risico.[9] Zowel bij de ontwikkeling als bij de uitvoering zijn patiënten een belangrijk onderdeel van de keten. Nadere informatie over de rol van de patiënt staat beschreven in paragraaf 2.3.

2.1.4 Evaluatie van de ketenzorg HVZ

Na de start van de ketenzorg HVZ staat het continue evalueren van de ketenzorg centraal. Gedurende het contractjaar vinden daarom verschillende activiteiten plaats om de ketenzorg te evalueren en te optimaliseren.

Ten eerste komt de werkgroep ketenzorg HVZ één keer per twee maanden bij elkaar om de ketenzorg HVZ te evalueren, te monitoren en zo nodig aan te passen aan de nieuwste (inter)nationale (wetenschappelijke) inzichten.

Ten tweede is regelmatige afstemming met patiënten en inzicht in de tevredenheid van patiënten van groot belang. Om de tevredenheid in kaart te brengen zal gebruik worden gemaakt van schriftelijke vragenlijsten, zoals bijvoorbeeld de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) vragenlijst. De resultaten van deze vragenlijst worden meegenomen in de evaluatie van de ketenzorg en de opstelling van een verbeterplan voor een volgend contractjaar.

Tot slot verzorgt ZIO aan de hand van de kwaliteitsindicatoren (zie paragraaf 4.5) jaarrapportages en regiobrede benchmark voor huisartsenpraktijken.

2.2 Populatie

Regio Maastricht - Heuvelland telt ongeveer 172.000 inwoners. De regio kenmerkt zich door een bevolkingsafname in de afgelopen jaren.[15-16] De verwachting is dat in het zuiden van Limburg het inwonersaantal de komende jaren nog verder zal afnemen.[17] Deze afname is onder andere het gevolg van de vergrijzing van de bevolking.[18] De gezondheid van de inwoners in Zuid-Limburg is jarenlang negatief beïnvloed door het mijnverleden en de aanwezigheid van industrie. Ondanks het feit dat de gezondheid van de Limburgers momenteel sterk is verbeterd, blijft de gezondheid achter bij de gezondheid van de Nederlandse bevolking.[18] De (gezonde) levensverwachting ligt in Limburg namelijk nog altijd lager dan het landelijk gemiddelde. Voor de Limburgse bevolking vormen diabetes en obesitas een serieuze bedreiging. Vooral het aantal mensen met obesitas is de afgelopen jaren sterk gegroeid. In totaal heeft 35% van de bevolking in zuidelijk Zuid-Limburg obesitas.[18] Het aantal rokende mensen in deze regio ligt op 32% van de bevolking.[18] Er zijn echter ook positieve trends in deze regio zichtbaar. Het aantal sterfgevallen door hart- en vaatziekten is in deze regio bijvoorbeeld gedaald.

Desondanks vormen hart- en vaatziekten één van de belangrijkste doodsoorzaken in zowel Nederland als Limburg. Het Platform Vitale Vaten schat dat ongeveer 3,8% van de Nederlandse bevolking (630.000 mensen) van de in totaal 16.594.362 mensen in Nederland, www.CBS.nl) een hart- en vaatziekten heeft.[19] Patiënten met Diabetes Mellitus type 1 of 2 en patiënten met hartfalen zijn in deze berekening niet meegenomen. Daarnaast wordt aangegeven dat ongeveer 4% van de Nederlandse bevolking (700.000 mensen) een risicoscore heeft van groter en/of gelijk aan 10% om binnen 10 jaar te overlijden aan HVZ. Een risico tussen de 5 - 9% komt bij 9% van de Nederlandse bevolking (1,5 miljoen mensen) voor. In totaal gaat het dus om 17% van de Nederlandse bevolking die voldoet aan de inclusiecriteria van de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement.[19]

Wanneer deze cijfers op de regio Maastricht - Heuvelland worden toegepast betekent dit dat ongeveer 29.240 mensen (17% van de 172.000 inwoners) in aanmerking komen voor de ketenzorg HVZ. Omdat dit een groot aantal mensen betreft is de ketenzorg HVZ alleen gecontracteerd voor patiënten bekend met HVZ, hypertensie, hyperlipidemie en/of reumatoïde artritis. Zoals eerder aangegeven wordt het aantal patiënten bekend met HVZ geschat op 4% van de Nederlandse bevolking. Het aantal geregistreerde prevalentie gevallen binnen de huisartsenpraktijk per jaar op het gebied van de bloeddruk (K85, K86, K87) is volgens het Landelijke Informatie Netwerk Huisartsenzorg 9%. Het aantal geregistreerde prevalentie gevallen op het gebied van vetstofwisselingen (T93) is 3%.[20] Omdat eenzelfde patiënt binnen meerdere patiëntcategorieën kan voorkomen is het niet mogelijk om op basis van deze cijfers een schatting te maken van het totaal

aantal patiënten dat in de regio Maastricht - Heuvelland binnen de ketenzorg HVZ zal vallen.

In de regio Maastricht - Heuvelland werken 89 huisartsen die zich allen hebben aangesloten bij ZIO. In totaal zijn 57 praktijkondersteuners werkzaam bij de verschillende huisartsenpraktijken. Daarnaast is in de regio 1 academisch ziekenhuis aanwezig en zijn verschillende eerste- en tweedelijns gezondheidszorgorganisaties en individuele zorgverleners actief.

2.3 De cliënt

Zelfmanagement is een belangrijk concept binnen de zorg voor chronisch zieken. Voor patiënten met een chronische ziekte is zelfmanagement een dagelijks onderdeel van hun leven omdat zij elke dag keuzes maken om hun eigen ziekte zo goed mogelijk te managen.[21] Het ondersteunen van zelfmanagement behoort daarom ook een belangrijk onderdeel te zijn van het vasculair risicomanagement.[9] Patiënten spelen een belangrijke rol bij vasculair risicomanagement en werken nauw samen met de betrokken zorgverleners. In gezamenlijk overleg worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt voor een gezamenlijke aanpak van het vasculaire risico.[9] Zowel bij de ontwikkeling (en evaluatie) als bij de uitvoering zijn patiënten een belangrijk onderdeel van de keten.

Zoals eerder vermeld in paragraaf 2.1.2 zijn patiënten met een hart- of vaatziekte betrokken bij de ontwikkeling van de ketenzorg HVZ om advies te kunnen geven over de vormgeving en uitvoering van de ketenzorg. De cliëntenparticipatie is in samenwerking met Huis voor de Zorg en de stichting Therapeutisch Sporten regio Maastricht vormgegeven. Op 21 juli 2009 vond de eerste cliëntenbijeenkomst plaats. Tijdens deze bijeenkomst waren 11 personen aanwezig waaronder 1 huisarts uit de werkgroep ketenzorg HVZ en de coördinator chronische zorg. Tijdens deze bijeenkomst stond de opzet van de ketenzorg HVZ centraal. Daarnaast leverden de patiënten een bijdrage aan de ontwikkeling van de patiëntenfolder over de ketenzorg HVZ. Ook na de start van de ketenzorg is het belangrijk dat patiënten betrokken blijven bij het evalueren van de ketenzorg. Hierbij is het van belang inzicht te krijgen in de tevredenheid van de patiënten over de geleverde zorg en de ervaren kwaliteit van leven. Deze zaken zouden aan de hand van schriftelijke vragenlijsten in kaart kunnen worden gebracht.

In het zorgprotocol van de ketenzorg HVZ zijn onderdelen opgenomen die het zelfmanagement van patiënten dienen te ondersteunen, zoals het aanbieden van leefstijlbegeleiding van internet. Voor begeleiding op het gebied van voeding, bewegen, roken en stress kan de patiënt kiezen voor een begeleiding via internet of begeleiding in/rondom de huisartsenpraktijk (conform het reguliere zorgaanbod). Hiermee wordt

beoogd beter aan te sluiten bij de wensen van de patiënt en de motivatie voor leefstijlaanpassingen te verhogen.

Daarnaast is ook belangrijk dat patiënten informatie krijgen over enerzijds relevante aspecten van VRM en anderzijds het behandeltraject (de ketenzorg HVZ).[9] Hiervoor is de patiëntenfolder '*Ketenzorg voor mensen met een chronische aandoening*' (mei 2012) opgesteld. In deze folder aangaande de ketenzorg HVZ wordt onder andere gemeld dat in het kader van kwaliteitsverbetering van de zorg patiëntgegevens (geanonimiseerd) worden geanalyseerd. Mocht een patiënt hier bezwaar tegen hebben, dan kan dit worden gemeld en worden de gegevens niet gebruikt.

2.4 Analyse

Om de kwaliteit van zorg te monitoren is een monitoringssysteem gefaciliteerd via een elektronisch patiëntendossier (i.e. MediX). De geleverde zorg, zowel de consulten als informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt, wordt door de zorgverleners geregistreerd in MediX. Hiervoor zijn speciale HVZ-kaarten gemaakt waarin zowel de patiëntgegevens als het behandelplan wordt vastgelegd. Daarnaast biedt MediX ondersteuning aan zorgverleners tijdens het behandeltraject door het benoemen van zorggerelateerde aandachtsgebieden op basis van de ingevoerde data. Echter, het oordeel van de zorgverlener en de patiënt zijn als vanzelfsprekend leidend. MediX is toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners.

Naast monitoringssysteem voor de kwaliteit van zorg functioneert MediX tevens als factureringssysteem voor de geleverde zorg binnen de ketenzorg. Daarnaast wordt aan de hand van de kwaliteitsindicatoren (zie paragraaf 4.5) de kwaliteit en de registratie van de zorgverlening gemeten en getoetst. Deze gegevens worden onder andere gebruikt voor jaarrapportages en regiobrede benchmark.

Hoofdstuk 3

De zorgstandaard

3.1 Inleiding

Een zorgstandaard stelt de norm voor goede zorg en beschrijft de inhoud van de zorg, de bijpassende organisatie en de indicatoren van kwaliteit. Uitgangspunt is dat de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces optreedt. De definitie van een zorgstandaard is als volgt: een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren.[22]

De zorgstandaard HVZ beschrijft de noodzakelijke onderdelen van vasculair risicomanagement (VRM) op basis van actuele wetenschappelijk onderbouwde inzichten (evidence based)[6-7, 9, 23], inzichten uit de praktijk van zorgaanbieders (practice based) en patiënten (patiëntenperspectief). De zorgstandaard beschrijft hoe VRM het beste kan worden georganiseerd, wat de rol van de patiënt hierbij is en hoe zorgverleners patiënten kunnen ondersteunen. De zorgstandaard stelt dus de norm voor goed VRM. De zorgstandaard is dus een middel om duidelijk te maken wat zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars mogen verwachten van VRM. Door duidelijke informatie aan patiënten krijgen zij meer inzicht in VRM en hun eigen rol hierin. Zorgaanbieders kunnen hierdoor hun aanbod afstemmen op de verwachtingen van patiënten. Zorgverzekeraars kunnen op basis van deze zorgstandaard onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van de zorg. De doelgroep voor deze zorgstandaard zijn de zorgverleners betrokken bij VRM.

De zorgstandaard wordt in dit hoofdstuk beschreven aan de hand van de verschillende onderdelen van het zorgcontinuüm, te weten preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg. Bij VRM kan de term nazorg worden vervangen door follow-up.

3.2 Preventie

Met de preventie van HVZ wordt beoogd een eerste of nieuwe manifestatie van HVZ en de kans op complicaties en ziekteverergering van HVZ te voorkomen of verminderen.[6] Het risico op HVZ wordt bepaald door verschillende met elkaar samenhangende factoren, zoals een verhoogde bloeddruk en een verhoogd cholesterol.[6] Het beoordelen en beïnvloeden van deze risicofactoren is van groot belang om de vasculaire sterfte en morbiditeit te doen verminderen.[6] Het integraal aanpakken van risicofactoren voor HVZ moet dan ook een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg worden.[9]

Bij nagenoeg alle chronische aandoeningen is preventie van belang, uiteraard in samenhang met een goede behandeling. De klassieke indeling van preventie, namelijk primaire, secundaire en tertiaire preventie wordt steeds meer losgelaten en de nieuwe indeling die het College van Zorgverzekeringen (CVZ) hanteert wordt toegepast. Een belangrijke kenmerk van de CVZ indeling is dat onderscheid wordt gemaakt tussen collectieve en individu-gerichte preventie.[24] CVZ hanteert de volgende vierdeling:

- *Universele preventie* richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte.
- *Selectieve preventie* richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking.
- *Geïndiceerde preventie* richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen
- *Zorggerelateerde preventie* (richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen).

Deze zorgstandaard beperkt zich tot individuele zorgverlening dus tot individu-gerichte preventie namelijk de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De zorggerelateerde preventie is een onderdeel van goede behandeling. Geïndiceerde preventie binnen de VRM richt zich op case-finding namelijk het gericht opsporen van patiënten met een verhoogd risico op HVZ. Een tijdige herkenning van sluimerende problemen en een snel en gericht ingrijpen hebben namelijk een positieve invloed op de prognose voor HVZ. Actief opsporen van hoogrisicopatiënten binnen de gehele praktijkpopulatie is echter niet aangewezen. Het is weliswaar in theorie de beste manier om zoveel mogelijk onbekende hoogrisicopatiënten te identificeren maar uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dit onvoldoende (kosten)effectief te zijn.[2] Bovendien zijn gevalideerde strategieën niet beschikbaar en is het gevaar van medicalisering groot. Binnen de ketenzorg HVZ zal daarom wel aandacht zijn voor case-finding op basis van de klinische blik en medische anamnese, maar niet aan de hand van actieve screening.[25] Dit besluit is in lijn met het advies van de Gezondheidsraad^[26] en met het NHG-standpunt over medische check-ups bij mensen zonder klachten.^[27] Case-finding vindt zowel tijdens het spreekuur van de huisarts als via het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) plaats. Bij de volgende patiënten die zich melden tijdens het huisartsenspreekuur dient altijd het opstellen van een risicoprofiel te worden aangeboden:

1. Patiënt met HVZ
2. Patiënt met DM2
3. Patiënt met reumatoïde artritis
4. Systolische bloeddruk > 140 mmHg
5. Totaal cholesterol $\geq$ 6,5 mmol/l
6. Roker $\geq$ 50 jaar
7. Patiënt met antihypertensiva en/of cholesterolverlagende medicatie

8. Een belaste familieanamnese voor HVZ¹
9. Chronische nierschade²

Daarnaast worden in de praktijk patiënten met bekende HVZ en/of andere relevante vastgestelde aandoeningen opgeroepen op basis van de ICPC codering in het HIS. Het betreft hierbij patiënten van 18 jaar en ouder die een verhoogd risico hebben op HVZ op basis van geregistreerde relevante ICPC codes (zie tabel 5, hoofdstuk 4) en niet onder behandeling zijn in de tweede lijn. De geselecteerde patiënten worden vervolgens middels een brief uitgenodigd voor een consult in de huisartsenpraktijk. Als patiënten op deze uitnodiging ingaan zal in de huisartsenpraktijk het risicoprofiel worden vastgesteld en een risicoschatting worden gemaakt.

Let op: de ketenzorg HVZ is alleen gecontracteerd voor mensen met een hart- of vaatziekte, reumatoïde artritis, vastgestelde hypertensie en/of vastgestelde hyperlipidemie. Als één van deze kenmerken is vastgesteld bij de patiënt wordt het risicoprofiel binnen de ketenzorg HVZ opgesteld. In de overige situaties wordt dit op de reguliere wijze gedeclareerd en bij mensen met DM2 via de eerstelijns ketenzorg DM2.

3.3 Diagnostiek

Bij de diagnostiek worden twee groepen onderscheiden namelijk patiënten mét hart- en vaatziekte, diabetes mellitus type 2 of reumatoïde artritis, en patiënten zónder hart- en vaatziekte, diabetes mellitus type 2 of reumatoïde artritis. De eerste groep patiënten komt altijd in aanmerking voor behandeling. Bij de tweede groep is het wel of niet behandelen mede afhankelijk van de hoogte van het 10-jaarsrisico op ziekte en sterfte door een hart- en vaatziekte.[8] Aan de hand van de kenmerken leeftijd, geslacht, rookstatus, actuele systolische bloeddruk (SBD) en TC/HDL-ratio wordt het 10-jaarsrisico (%) op ziekte en sterfte door HVZ bepaald. Voor patiënten met DM of reumatoïde artritis kan het risico worden geschat door bij de actuele leeftijd van de patiënt 15 jaar op te tellen. De risicotabel geeft de risico's weer van 40, 50, 55, 60, 65 en 70-jarigen. De risico's behorende bij overige leeftijden worden verkregen door interpolatie. Bij 70-plussers kan men ervan uitgaan dat hun risico ten minste dat van 70-jarigen bedraagt.[8] Bij additionele risicofactoren, zoals een belaste familieanamnese, lichamelijke inactiviteit, overgewicht en vermindering van nierfunctie is het risico van HVZ hoger dan de risicotabel aangeeft. Hoeveel hoger is niet bekend in de Nederlandse populatie.[7] Alleen bij patiënten met een risico tussen de 10 en 20% wegen deze

¹Een belaste familieanamnese voor HVZ is gedefinieerd als een vader, moeder, broer of zus die voor het 65^{ste} levensjaar HVZ heeft. Bij allochtone bevolkingsgroepen verdient dit extra aandacht.

²Chronische nierschade is gedefinieerd als <65 jaar: eGFR < 60 ml/min/1,73m², ≥65 jaar: eGFR < 45 ml/min/1,73m², en/of (micro)albuminurie

additionele risicofactoren mee bij de keuze voor al dan niet met medicamenteuze behandeling te starten.[8]

3.4 Behandeling

Bij een verhoogd risico op HVZ start een behandeling voor het verlagen van dit risico. De crux van goed vasculair risicomanagement is een partnership tussen de patiënt en het behandelteam, waarbij de patiënt een centrale rol vervult. De NHG-standaard Cardiovasculair risicomanagement stelt dat het vaststellen van het behandelbeleid altijd plaatsvindt in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van de hoogte van het risico van HVZ, de specifieke omstandigheden van de patiënt en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid.[6] Een goede gemotiveerde keuze omtrent het behandelbeleid is van groot belang omdat het gewenste effect van de behandeling alleen bij langdurige therapietrouw haalbaar is. Bij vasculair risicomanagement kan zowel een niet-medicamenteuze als een medicamenteuze behandeling worden ingezet. Wat de niet-medicamenteuze behandeling betreft, wordt aan alle VRM patiënten de volgende leefstijladviezen gegeven: niet roken, voldoende bewegen, gezond eten, beperk het gebruik van alcohol, zorg voor een optimaal gewicht en tracht stress te voorkomen.[6, 8] Voor het aanpassen van de leefstijl en het voedingspatroon wordt door de NHG[6] geadviseerd concrete haalbare veranderdoelen met de patiënt op te stellen en ondersteuning door bijvoorbeeld een praktijkondersteuner aan te bieden. Ook kan een verwijzing naar een gespecialiseerde verpleegkundige, fysiotherapeut, diëtist of gedragstherapeut gewenst zijn of kan de patiënt baat hebben bij een stoppen-met-roken programma, een cursus van de thuiszorg of een zelfhulpgroep. Voor patiënten met HVZ zijn hartrevalidatieprogramma's beschikbaar waarbij met ondersteuning van een multidisciplinair team gedurende een aantal weken intensief wordt gewerkt aan conditieverbetering en het aanleren van een gezonde leefstijl.[6]

Medicatie wordt voorgeschreven als het aanpassen van de leefstijl onvoldoende risicodaling oplevert, als patiënten hun leefstijl niet kunnen of willen veranderen of als de risicofactoren te hoog zijn om alleen via leefstijl te beïnvloeden. Bij patiënten zonder HVZ, zonder DM2 of zonder RA is de beslissing om medicatie voor te schrijven vooral afhankelijk van de hoogte van het geschatte 10-jaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ.[7-8] Bij patiënten met HVZ is het gebruik van medicatie in de meeste gevallen onderdeel van het behandelbeleid.

Ter ondersteuning van zelfmanagement wordt een individueel zorgplan opgesteld. In dit plan staat welke doelen zijn afgesproken, welke beslissingen zijn genomen voor het realiseren van deze doelen, welke begeleiding de patiënt krijgt, hoe en wanneer wordt

gecontroleerd en bijgesteld en wie vanuit het behandelteam verantwoordelijk is voor het behandelbeleid.

3.5 Follow-up

Voor een blijvend effect van de behandeling zijn afspraken over een duidelijke follow-up van groot belang.[6] Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de (co)morbiditeit en de persoonlijke wensen. Tijdens follow-up contacten is belangrijk dat de zorgverlener informeert naar de therapietrouw, stoppen met roken (zo nodig) bespreekt en het risicoprofiel controleert. Patiënten binnen de ketenzorg HVZ krijgen ten minste één keer per jaar controle aangeboden, tenzij anders is vermeld in het individuele zorgplan. Controle en feedback van de zorgverlener sterkt en motiveert de patiënten om hun leven blijvend te veranderen.

Gezien een toename van chronische vormen van HVZ betekent dit dat steeds meer mensen moeten leren omgaan met de definitieve beperkingen ten gevolge van HVZ. Naast het leren hanteren van de fysieke beperkingen is aandacht voor het omgaan met veranderingen op psychisch, sociaal en relationeel gebied van groot belang.[28] Omdat deze thema's momenteel nog onvoldoende aandacht krijgen, streeft de Nederlandse Hartstichting naar optimalisering van de psychosociale zorg voor patiënten met HVZ. In dat kader is de multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie recentelijk herzien.[29] De richtlijn is verbreed met aandacht voor psychische aspecten (zoals het optreden van angst en depressie) en sociale aspecten (zoals arbeidsre-integratie, vrijetijdsbesteding, de rol van de sociale omgeving).

Hoofdstuk 4

Het zorgprotocol

4.1 Inleiding

Vanuit ZIO (Zorg In Ontwikkeling) is eerstelijns ketenzorg voor hart- en vaatziekten (ketenzorg HVZ) ontwikkeld voor mensen met een verhoogd risico op een hart- of vaatziekte en patiënten die een hart- of vaatziekte hebben (gehad). De ketenzorg HVZ is een regionale uitwerking van de zorg beschreven in de multidisciplinaire CBO-richtlijn/ NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement [6-8] en de zorgstandaard vasculair risicomanagement[9]. Met de ontwikkeling van ketenzorg HVZ wordt beoogd op een geprotocolleerde en gestructureerde wijze (in overeenstemming met de geldende richtlijnen en standaarden) kwalitatief hoogstaande, inzichtelijke, toegankelijke en betaalbare ketenzorg te leveren aan mensen met een verhoogd risico op een hart- of vaatziekte en patiënten die een hart- of vaatziekte hebben (gehad).

In dit hoofdstuk is het zorgprotocol beschreven. Het zorgprotocol beschrijft het wat, wanneer en hoe van vasculair risicomanagement en de begeleiding/behandeling van de bestaande HVZ binnen de regio Maastricht-Heuvelland.

In de eerste paragraaf is gestart met een overzicht van alle praktische informatie betreffende de ketenzorg HVZ. Paragraaf 2 bevat het protocol, waarna in paragraaf 3 de bijbehorende zorgprofielen aan bod komen. Vervolgens zijn in paragraaf 4 alle taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners beschreven. De kwaliteitsindicatoren zijn tot slot zijn in paragraaf 5 uitgewerkt.

4.1.1 Patiëntengroepen

De ketenzorg HVZ is momenteel alléén gecontracteerd voor de volgende patiëntengroepen (patiënten met minimaal één van de volgende vastgestelde diagnosen):

1. Patiënten met een hart- of vaatziekte (coronaire hartziekte, CVA/TIA, perifeer arterieel vaatlijden)
2. Patiënten met reumatoïde artritis
3. Patiënten met een vastgestelde hypertensie
4. Patiënten met een vastgestelde hyperlipidemie

Dit betekent dat wanneer een patiënt niet aan één van bovenstaande criteria voldoet, de zorg niet via de ketenzorg HVZ wordt gefinancierd. Mocht vasculair risicomanagement in deze situatie wel noodzakelijk zijn, dan dient u de zorg regulier te declareren bij de desbetreffende zorgverzekeraar. Patiënten met diabetes mellitus type 2 worden voor de volledige zorgverlening (inclusief het vasculair risicomanagement) behandeld en gefinancierd conform de eerstelijns ketenzorg DM2.

4.1.2 Tijdsperiode

Ketenzorg HVZ is op 1 juli 2010 van start gegaan in de regio Maastricht – Heuvelland. Huisartsenpraktijken kunnen op kwartaalbasis instromen. De ketenzorg HVZ wordt door de werkgroep ketenzorg HVZ regelmatig geëvalueerd, zodat het protocol jaarlijks en zo nodig vaker kan worden aangepast. De herziene versie van het zorgprotocol (versie 3.0) gaat in per 1 januari 2013 en geldt voor een periode van 1 jaar.

4.1.3 Declareren van zorgkosten

De zorgverlening binnen de ketenzorg HVZ wordt door de stichting RHZ, op basis van de registratie in MediX, aan u of uw werkgever uitbetaald. Deze kosten worden dus **niet** meer gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

4.1.4 Uitvoering taken conform het zorgprotocol

De zorgverleners binnen de ketenzorg HVZ handelen conform de voor de beroepsgroep geldende standaarden en richtlijnen en wijken daarvan af indien het belang van de patiënt daartoe aanleiding geeft. Het zorgprotocol HVZ beschrijft de basiszorg en laat ruimte over voor bijsturing bij complicaties en extra benodigde zorg. In overleg met de patiënt (en de huisarts) kan een zorgverlener bijvoorbeeld besluiten patiënten minder vaak of korter te zien. Hierdoor blijft meer tijd over voor patiënten die extra zorg behoeven. Door het leveren van maatwerk zal in totaliteit een hogere kwaliteit zorg geleverd worden tegen dezelfde kosten. Hierbij moet worden opgemerkt dat indien gemiddeld meer dan de maximaal vastgestelde tijd wordt besteed aan de patiënt dit voor ZIO niet te declareren is bij de zorgverzekeraars. Mocht om bepaalde redenen de tijdsbesteding aanzienlijk oplopen, dan wordt overleg met ZIO over het vinden van een oplossing aanbevolen.

4.1.5 Contactgegevens ZIO

Mocht u vragen en/of opmerkingen hebben over de ketenzorg HVZ en/of het registreren van de zorg, dan kunt u contact opnemen met ZIO:

ZIO (Zorg In Ontwikkeling)

Anna Huizing, coördinator chronische zorg

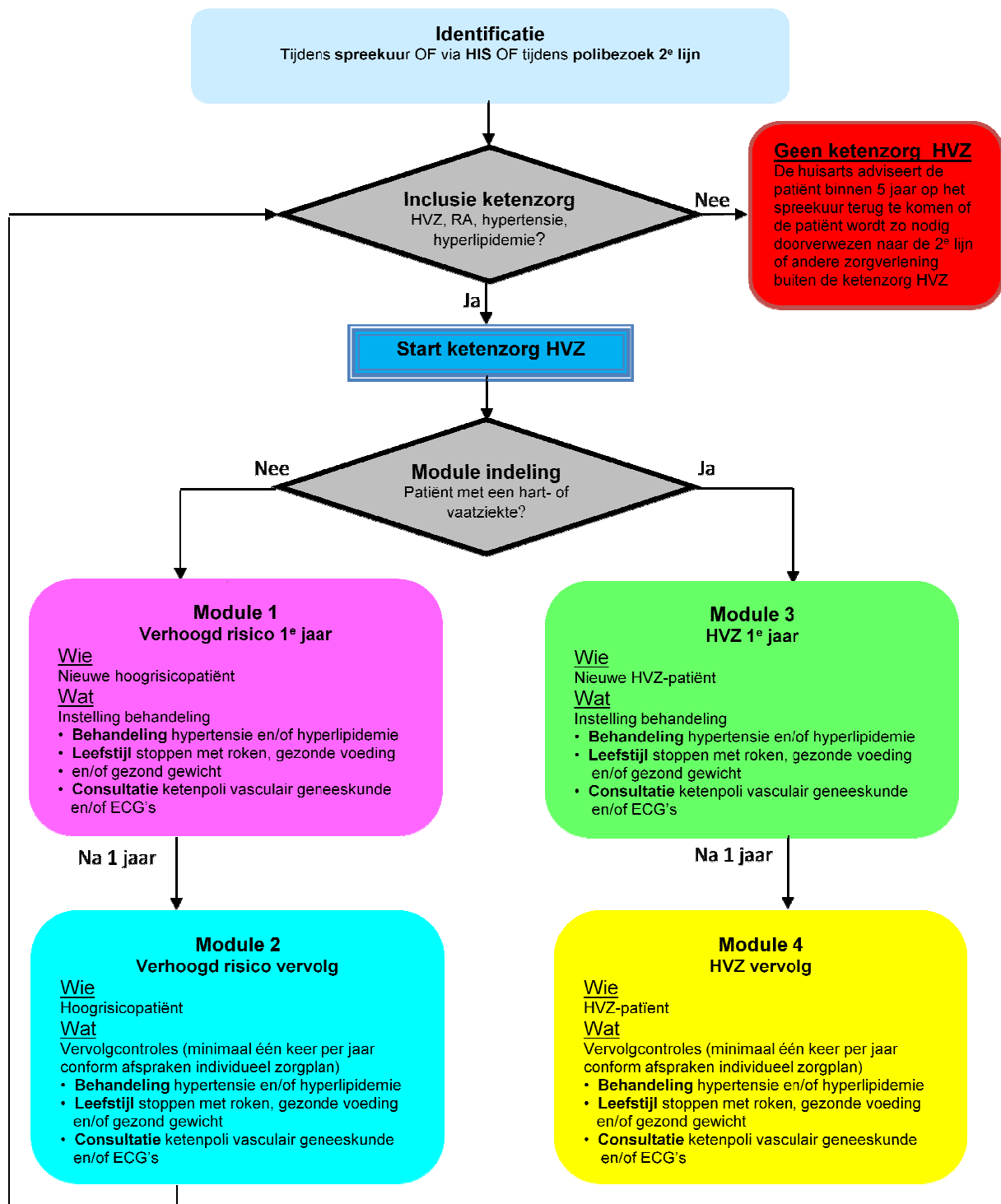
Wilhelminasingel 81, 6221 BG Maastricht

T: 043-3506910 / W: www.zio.nl

4.2 Het protocol

In deze paragraaf wordt het zorgproces binnen de ketenzorg HVZ weergegeven. Naast schematische weergaves van het zorgproces wordt informatie gegeven over de opzet van de zorgverlening.

4.2.1 De totale eerstelijns ketenzorg voor hart- en vaatziekten



Noot: de HA/POH stellen samen met de patiënt een **individueel zorgplan** vast. Naar aanleiding van dit individuele zorgplan worden de noodzakelijke behandelingen en generieke modules ingezet. Alle patiënten komen **minimaal één keer per jaar** naar de huisartsenpraktijk voor een jaarcontrole. Tijdens deze jaarcontrole wordt het risicoprofiel nagaan, het specifiek ziekteprofiel en de leefstijl geëvalueerd en wordt het individueel behandelplan geëvalueerd en bijgesteld. Deze procedure geldt voor alle modules.

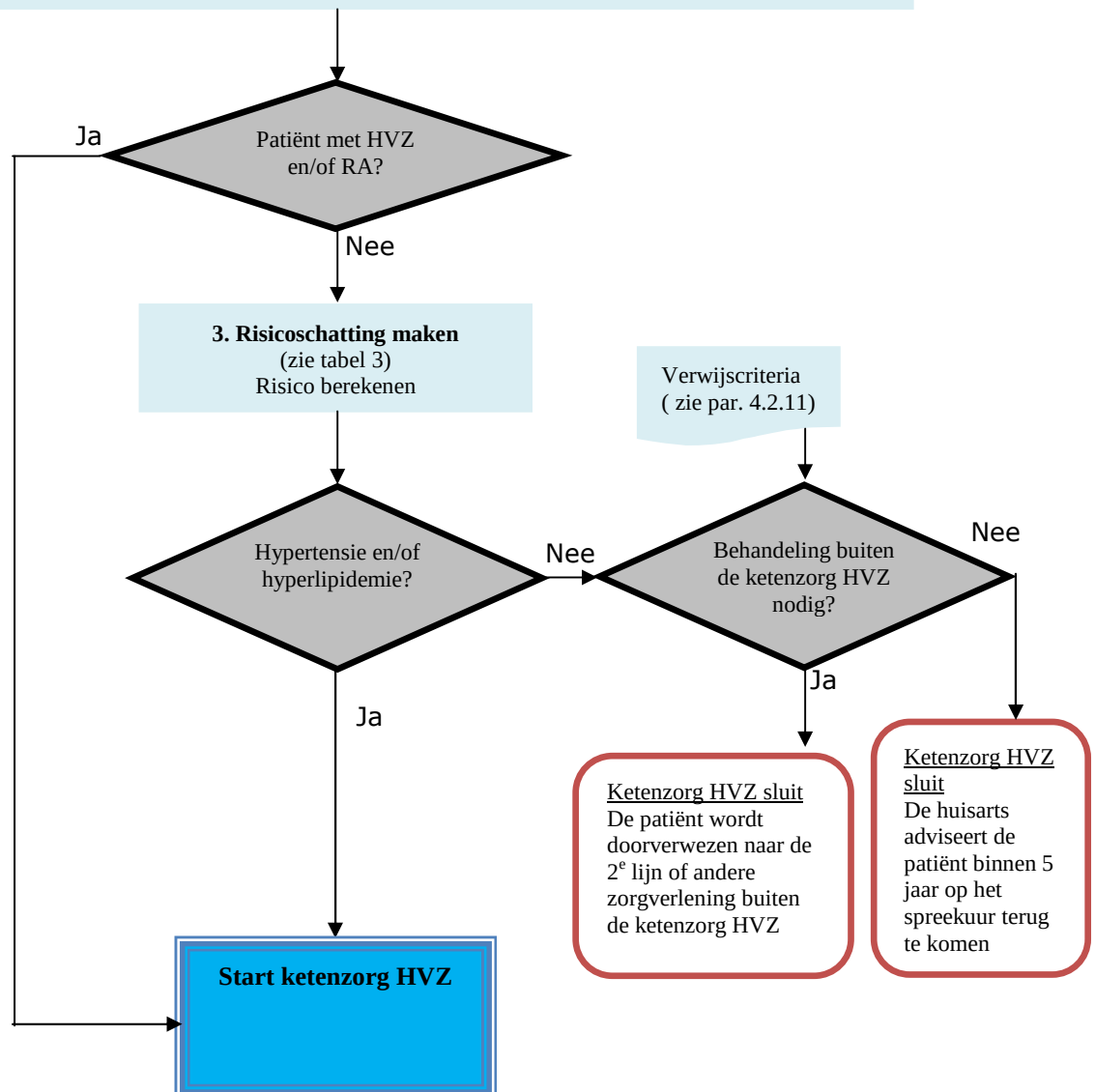
4.2.2 Het identificeren van patiënten

Identificatie tijdens spreekuur huisarts of POH

1. Spreekuurbezoeker (≥ 18 jaar) met een verhoogd risico op HVZ bij huisarts (zie ook tabel 1)

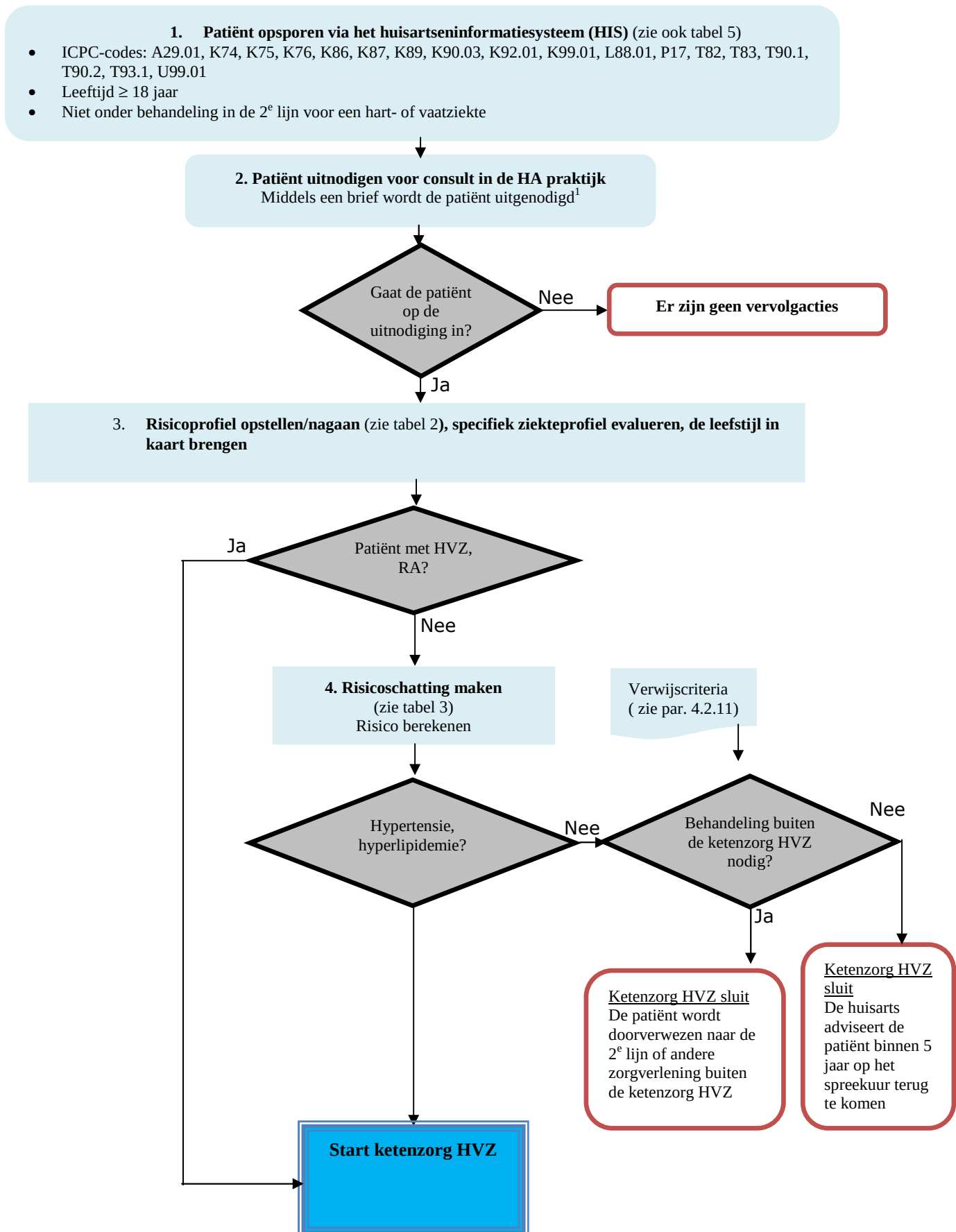
- Patiënt met HVZ
- Patiënt met DM2¹
- Patiënt met RA
- Systolische bloeddruk (SBD) ≥ 140 mmHg
- Totaal cholesterol (TC) $\geq 6,5$ mmol/l
- Roker ≥ 50 jaar
- Patiënt met antihypertensiva en/of lipidenverlagende medicatie
- Patiënt met een belaste familieanamnese voor HVZ
- Patiënt met chronische nierschade

2. Risicoprofiel opstellen/nagaan (zie tabel 2), specifiek ziekteprofiel evalueren en de leefstijl in kaart brengen



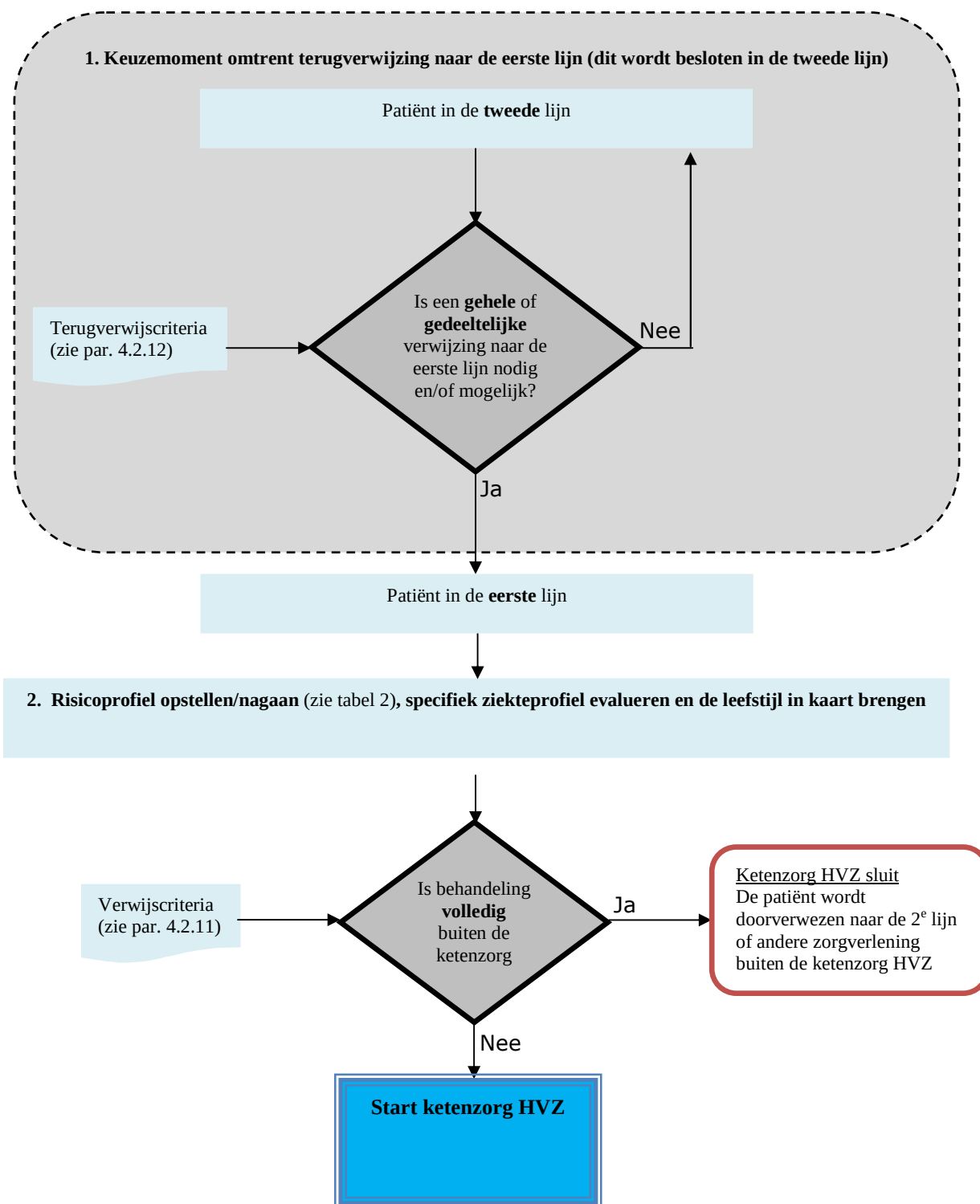
¹Patiënten met DM2 worden voor de volledige zorgverlening (inclusief het vasculair risicomanagement) behandeld en gefinancierd conform de eerstelijns ketenzorg DM2 in deze regio

Identificatie via het huisartseninformatiesysteem (HIS)



¹Een huisartsenpraktijk beslist zelf of en hoe reminders worden verstuurd (via een brief of telefonisch)

Identificatie tijdens polibezoek 2^e lijn



Tabel 1. Kenmerken van een spreekuurbezoeker bij huisarts met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten

Spreekuurbezoeker (≥ 18 jaar) met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij huisarts
Patiënt met een hart- en vaatziekte (coronaire hartziekte, CVA/TIA, perifeer arterieel vaatlijden)
Patiënt met DM2 ¹
Patiënt met reumatoïde artritis
Systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg
Totaal cholesterol ≥ 6,5 mmol/l
Roker ≥ 50 jaar ²
Patiënt met antihypertensiva en/of lipidenverlagende medicatie
Patiënt met een belaste familieanamnese voor HVZ ²
Patiënt met chronische nierschade ²

¹Patiënten met DM2 worden voor de volledige zorgverlening (inclusief het vasculair risicomanagement) behandeld en gefinancierd conform de eerstelijns ketenzorg DM2 in deze regio

²Bij deze groep patiënten dient u de zorg in het kader van het vasculair risicomanagement regulier te declareren bij de desbetreffende zorgverzekeraar

Tabel 2. De onderdelen van het risicoprofiel

Risicofactor	Verzamelmethode
Leeftijd	Anamnese
Geslacht	Anamnese
Roken (in pakjaren)	Anamnese
Familiaire voorgeschiedenis met HVZ	Anamnese
Voeding	Anamnese
Alcoholgebruik	Anamnese
Lichamelijke activiteit	Anamnese
Bloeddruk	Lichamelijk onderzoek
Gewicht (berekening BMI)	Lichamelijk onderzoek
Lengte (berekening BMI)	Lichamelijk onderzoek
Middelomtrek ¹	Lichamelijk onderzoek
Lipidenspectrum (TC, HDL, TC/HDL-ratio, LDL, triglyceriden) ²	Laboratoriumonderzoek (nuchter; veneus bloed)
Glucosegehalte ³	Laboratoriumonderzoek (nuchter)
Serumkalium- en serumkreatininegehalte ⁴	Laboratoriumonderzoek
Microalbumine ⁴	Laboratoriumonderzoek

¹Meet altijd op de blote huid, meet precies boven de navel en gebruik een taille-meter die zich vanzelf strak trekt

²TC/HDL-ratio wordt gebruikt voor de risicoschatting, het LDL voor de monitoring van de hyperlipidemie behandeling[6]

³Bij patiënten zonder HVZ en zonder DM2 het glucosegehalte eens per drie tot vijf jaar bepalen

⁴Alleen bij patiënten met nierfunctiestoornissen, gebruik van diuretica, ACE-remmers of ARB's het serumkalium- en serumkreatininegehalte jaarlijks controleren. Bij patiënten met DM2 en/of hypertensie microalbumine en serumkreatininegehalte jaarlijks controleren

Tabel 3. De risicofactoren nodig voor de risicoschatting

Risicofactoren om de hoogte van het 10-jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ te schatten¹
Leeftijd
Geslacht
Rookstatus
Systolische bloeddruk ²
TC/HDL-ratio ²

¹Bij patiënten zonder HVZ maar met DM of RA dient 15 jaar bij de actuele leeftijd van de patiënt te worden opgeteld. Bij patiënten met HVZ is de risicoschatting niet van toepassing[8]

²Ga voor de schatting van het risico uit van de actuele bloeddruk- en cholesterolwaarden, ook als de patiënt al medicamenteus behandeld wordt. Voor de risicoschatting uitgaan van de spreekkamer bloeddrukmeting.

Noot: Bij additionele risicofactoren, zoals een **belaste familieanamnese, lichamelijke inactiviteit, obesitas** en **vermindering van nierfunctie**, is het 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ hoger dan in de tabel is aangegeven. Alleen wanneer het 10-jaars risico tussen de 10 en 20% valt, wegen deze additionele risicofactoren mee bij de keuze om al dan niet met een medicamenteuze behandeling te starten.

Tabel 4. Algemene leefstijladviezen

Thema's	Adviezen
Niet roken	• Stopadvies [30-31] • Het rookgedrag regelmatig bespreken met de patiënt (bij voorkeur tijdens ieder consult)
Voldoende bewegen	• Bij voorkeur ten minste 5 dagen per week 30 minuten per dag matig intensieve inspannen, zoals fietsen, stevig wandelen, tuinieren enzovoorts¹
Gezond eten	• Adviezen conform de schijf van vijf [32] - o Eet gevarieerd - o Eet niet te veel en beweeg - o Eet minder verzadigd vet. Tevens wordt geadviseerd om minimaal eenmaal en bij voorkeur tweemaal per week (vette) vis te eten² - o Eet veel groente, fruit en brood - o Ga veilig met uw voedsel om • De folder 'Eet gezond! Schijf van vijf' [32] aan de patiënt meegeven
Beperk het gebruik van alcohol	• Voor vrouwen geldt een maximum van twee glazen per dag, voor mannen een maximum van drie glazen per dag met twee onthoudingsdagen per week
Zorg voor een optimaal gewicht	• Streef naar een BMI < 25 kg/m² of middelomtrek van < 80 cm voor vrouwen en <94 voor mannen of streef naar een 10% gewichtsreductie bij personen tot 70 jaar • Voor een effectieve gewichtsreductie is zowel uitbreiding van

	lichamelijke activiteit als aanpassing van het voedingspatroon van belang
Zorg voor een goed psychosociaal welbevinden	• Besteedt aandacht aan psychosociale factoren, zoals stress, die een gezonde leefstijl belemmeren • Tracht stress te voorkomen, dan wel tijdig te herkennen en te reduceren. • Psychosociale factoren kunnen desgewenst nader worden onderzocht en behandeld binnen de eerstelijns ketenzorg voor GGZ[33]

¹Patiënten informeren over de mogelijkheden van stichting Therapeutisch Sporten regio Maastricht (zie: www.TSRM.nl) en de beweegprogramma's van GroenekruisDomicura

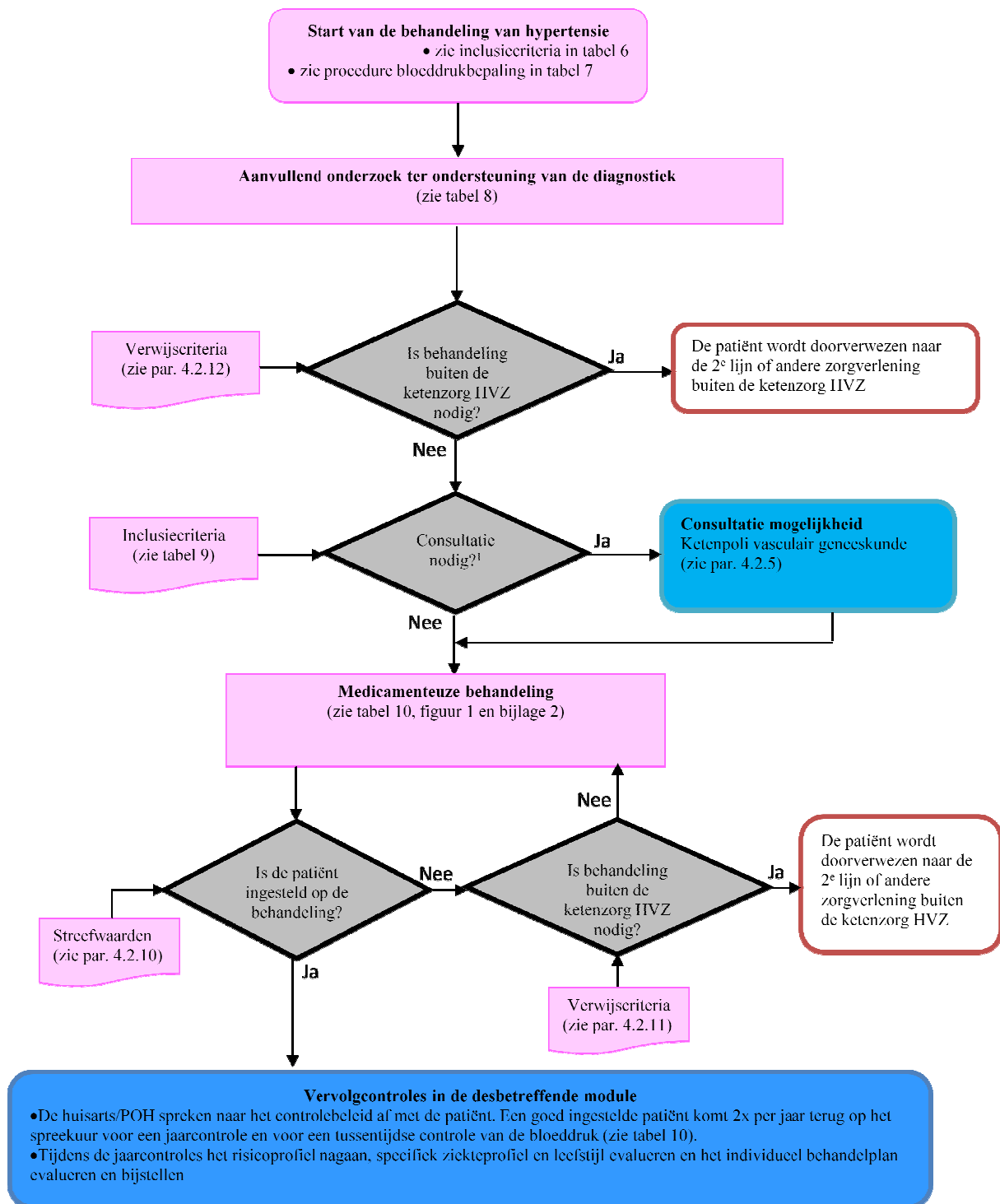
²Aan patiënten met coronaire hartziekten adviseren minstens 2x per week vette vis te eten [34]

Tabel 5. Selectiecriteria voor het opsporen van patiënten via het huisartseninformatiesysteem

Selectiecriteria patiënt uit het huisartseninformatiesysteem¹	
1	ICPC-codes : A29.01 belaste familie anamnese HVZ K74 angina pectoris K75 acuut myocardinfarct K76 andere/chronische ischemische hartziekte K86 hypertensie zonder orgaanschade K87 hypertensie met orgaanschade K89 TIA K90.03 cerebraal infarct K92.01 claudicatio intermittens K99.01 aneurysma aortae L88.01 reumatoide arthritis P17 tabaksmisbruik T93.1 hypercholesterolemie T90.2 diabetes mellitus type 2 T82 adipositas (BMI ≥ 30) T83 overgewicht (27 ≤ BMI < 30) U99.01 nierfunctiestoornis
2	Leeftijd ≥ 18 jaar
3	Niet onder behandeling in de 2 ^e lijn

¹Alleen patiënten uitnodigen die aan alle drie de criteria voldoen

4.2.3 De medicamenteuze behandeling van hypertensie



¹De ketenzorg vasculair geneeskunde kan op elk moment binnen de behandelmodule hypertensie worden ingezet

Tabel 6. Inclusiecriteria voor de behandeling van hypertensie

Inclusiecriteria behandelmodule hypertensie
Patiënt met HVZ en SBD ≥ 140 mmHg
Patiënt met antihypertensiva
SBD > 140 mmHg en een 10 jaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ $\geq 20\%$
SBD > 140 mmHg, een belaste familieanamnese ¹ en een 10 jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ 10% - 20% ²
SBD > 140 mmHg, lichamelijke inactiviteit ³ en een 10 jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ 10% - 20% ²
SBD > 140 mmHg, obesitas ⁴ en een 10 jaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ 10%- 20% ²
SBD > 140 mmHg, verminderde nierfunctie ⁵ en een 10 jaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ 10% - 10% ²
RR $> 160 / 100$ mmHg ²
SBD > 180 mmHg

¹1^e graads familielid met premature HVZ

²Bij deze patiënten een medicamenteuze behandeling overwegen

³ < 30 min/dag, ≤ 5 dagen/week

⁴BMI > 30 kg/m² of middelomtrek > 88 cm voor vrouwen of > 102 cm voor mannen

⁵eGFR: < 65 jaar, 30-60 ml/min/1,73m²; ≥ 65 jaar, 30-45 ml/min/1,73 m² en/of microalbuminurie (portie ochtendurine)

Tabel 7. Procedure rondom de bepaling van de bloeddruk

Bloeddruk bepaling	Toelichting
Standaardprocedure bloeddrukmeting	Zittende patiënt, na enkele minuten rust, met een geijkte manometer met een manchet van adequate afmetingen. Manchet bevindt zich ter hoogte van het midden van het sternum. Niet spreken tijdens de meting. De bloeddruk met een nauwkeurigheid van 2 mmHg aflezen en de manchetdruk daarom rond de verwachte bloeddrukwaarden langzaam dalen met een snelheid van 2 mmHg per hartslag. De SBD aflezen op het moment dat de tonen voor het eerste hoorbaar worden. De DBD aflezen op het moment dat de tonen geheel verdwijnen
Eisen aan de manometer	Bij een armomtrek van maximaal 33 cm is een luchtzak nodig van ten minste 12 x 26 cm en bij een armomtrek tot 50 cm één van ten minste 12 x 40 cm
Procedure bloeddruk meting in de diagnostische fase	1^e consult • 3x de standaardprocedure van de bloeddrukmeting uitvoeren met een tussenpoos van minimaal 15 seconden en steeds aan dezelfde arm • Bij grote verschillen tussen de metingen (≥ 10 mmHg) een 4^e bloeddrukmeting uitvoeren • Het gemiddelde van de 3 (of 4) metingen berekenen • Indien RR $\geq 140 / 90$ mmHg (minimaal één van beide waarden is verhoogd) dan wordt een 2^e consult ingepland • let op: de bloeddruk ook aan beide armen meten en bij een verschil van ≥ 10 mmHg bij de volgende consulten de bloeddruk aan de arm met de hoogste waarde meten

	2^e consult - De bloeddruk wordt opnieuw gemeten (conform de procedure tijdens het 1^e consult). Het 2^e consult vindt ten minste 24 uur na het 1^e consult plaats. - Indien de gemiddelde waarde van het 2^e consult meer dan 10 mmHg hoger is dan die van het 1^e consult, wordt een 3^e consult overwogen. 3^e consult - De bloeddruk wordt opnieuw gemeten (conform de procedure tijdens het 1^e consult) Het gemiddelde van de metingen tijdens het laatste consult is de uitgangswaarde voor de risicoschatting
Procedure bloeddruk meting tijdens vervolgcontroles	3x de standaardprocedure van de bloeddrukmeting uitvoeren met een tussenpoos van minimaal 15 seconden en steeds aan dezelfde arm - Bij grote verschillen tussen de metingen (≥ 10 mmHg) een 4^e bloeddrukmeting uitvoeren - Het gemiddelde van de 3 (of 4) metingen berekenen
Verwijscriteria voor een 24-uurs ambulante bloeddrukmeting	- Bij een grote discrepantie tussen de thuis- en spreekkamermeting, of - Ongebruikelijke variatie van de spreekkamerbloeddruk, of - Hoge spreekkamerbloeddruk (SBD ≥ 180 mmHg) in afwezigheid van eindorgaanschade - Alternatief voor thuismetingen (bijv. bij beperkt ziekte-inzicht) - Bij therapieresistentie (om pseudoresistentie uit te sluiten of aan te tonen) - Verdenking op hypotensieve episodes, speciaal bij ouderen en patiënten met DM
Procedure 24-uurs ambulante bloeddrukmeting	- Meet met tussenpozen van maximaal 30 minuten - Instrueer patiënten normale activiteiten te ondernemen (maar geen maximale inspanning) en tijdens metingen de arm waaraan gemeten wordt te strekken en stil te houden - Vraag patiënt om een dagboek bij te houden om opvallende gebeurtenissen, waaronder inspanning en eten, te noteren met vermelding van tijdstip. Ook notatie van de duur en de kwaliteit van de slaap noteren. - Accepteer geen 24-uursmetingen met $> 30\%$ mislukte meetpunten - De toepassing van een ABPM, 24-uurs bloeddrukmeter wordt toegelicht in bijlage 3
Verwijscriteria voor een thuismeting	- Sterke variatie van praktijkmetingen - Twijfel over diagnose hypertensie of indicatie voor medicatie - Eventuele witte jassen- en gemaskeerde hypertensie aantonen - Bloeddrukverlagende effecten van behandeling aantonen - Therapietrouw verbeteren - Wens van patiënt (zelfcontrole)
Procedure thuismeting bloeddruk	Desgewenst kan de patiënt zelf zijn bloeddruk meten, mits hij daarbij gebruikmaakt van een gevalideerde en gekalibreerde bloeddrukmeter (zie www.hartstichting.nl) Procedure thuismeting als alternatief voor de 24-uursmeting:

	• 5 dagen lang, 6x per dag de bloeddruk meten (3x om 8.00 uur, 3x om 20.00 uur) • Bereken het gemiddelde van dag 3 t/m 5 waarbij per ochtend en avond sessie alleen de 2^e en 3^e meting worden meegenomen.
Drempelwaarden	• Spreekkamer: RR 140 / 90 mmHg • Thuismeting: RR 135 / 85 mmHg • 24-uursmeting: RR 130 / 80 mmHg (overdag: RR 135 / 85 mmHg; 's nachts: RR 120 / 70 mmHg)

Noot 1: De voorkeur wordt gegeven aan een automatische bloeddrukmeter.

Noot 2: Voor het vaststellen van de diagnose hypertensie wordt een 24-uurs bloeddrukmeting geadviseerd. Deze meting dient recentelijk (< 1 maand) uitgevoerd te zijn. Gebruik de gemiddelde dagwaarde bij het maken van de risicoschatting.

Tabel 8. Aanvullend onderzoek ter ondersteuning van de diagnostiek bij de behandeling van hypertensie

Bepalingen ¹	Doel
Serumkreatininegehalte en kreatinineklaring ²	Nierfunctiestoornissen uitsluiten
Serumkaliumgehalte	Neveneffecten diureticum uitsluiten
Microalbuminurie	Nierfunctiestoornissen uitsluiten
ECG (optioneel) ³	Linkerventrikelhypertrofie uitsluiten

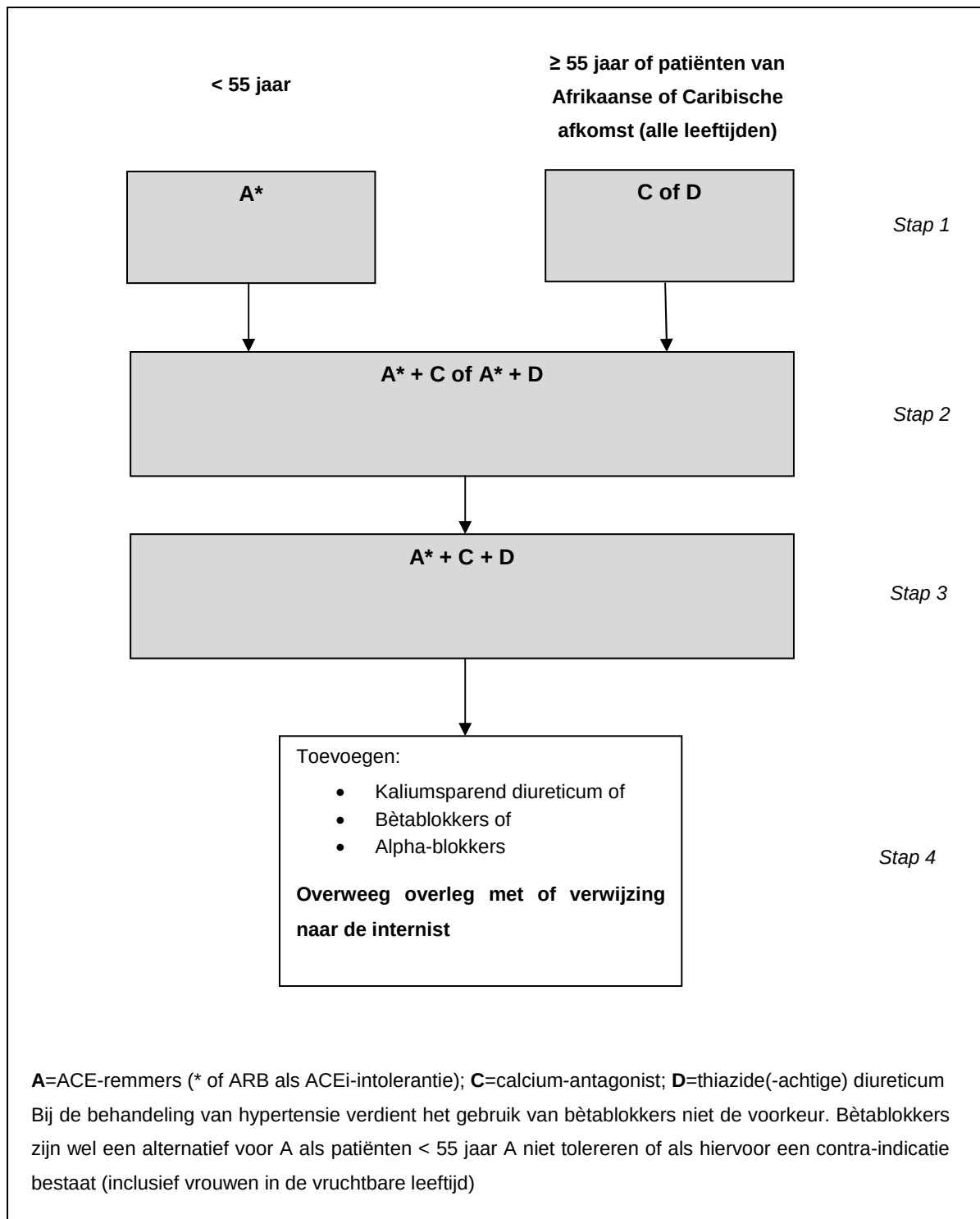
¹Vooraf bij jongere patiënten met kort bestaande verhoogde bloeddruk is het van belang oorzaken van secundaire hypertensie uit te sluiten voordat tot langdurige behandeling ter preventie van HVZ wordt overgegaan[6]

²Berekend met behulp van de 4 factoren MDRD-formule

³Voor verdere informatie over het ECG, zie paragraaf 4.2.6

Tabel 9. Inclusiecriteria ketenpoli vasculair geneeskunde bij hypertensie

Inclusiecriteria voor ketenpoli vasculair geneeskunde
Bij twijfels over het ingezette behandelbeleid
Bij vragen op het gebied van de medicatie



Figuur 1. Behandel-schema voor de medicamenteuze behandeling van een verhoogde bloeddruk (vertaling uit: National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2006)

Noot 1: zie bijlage 2 voor de bijbehorende aanbevelingen

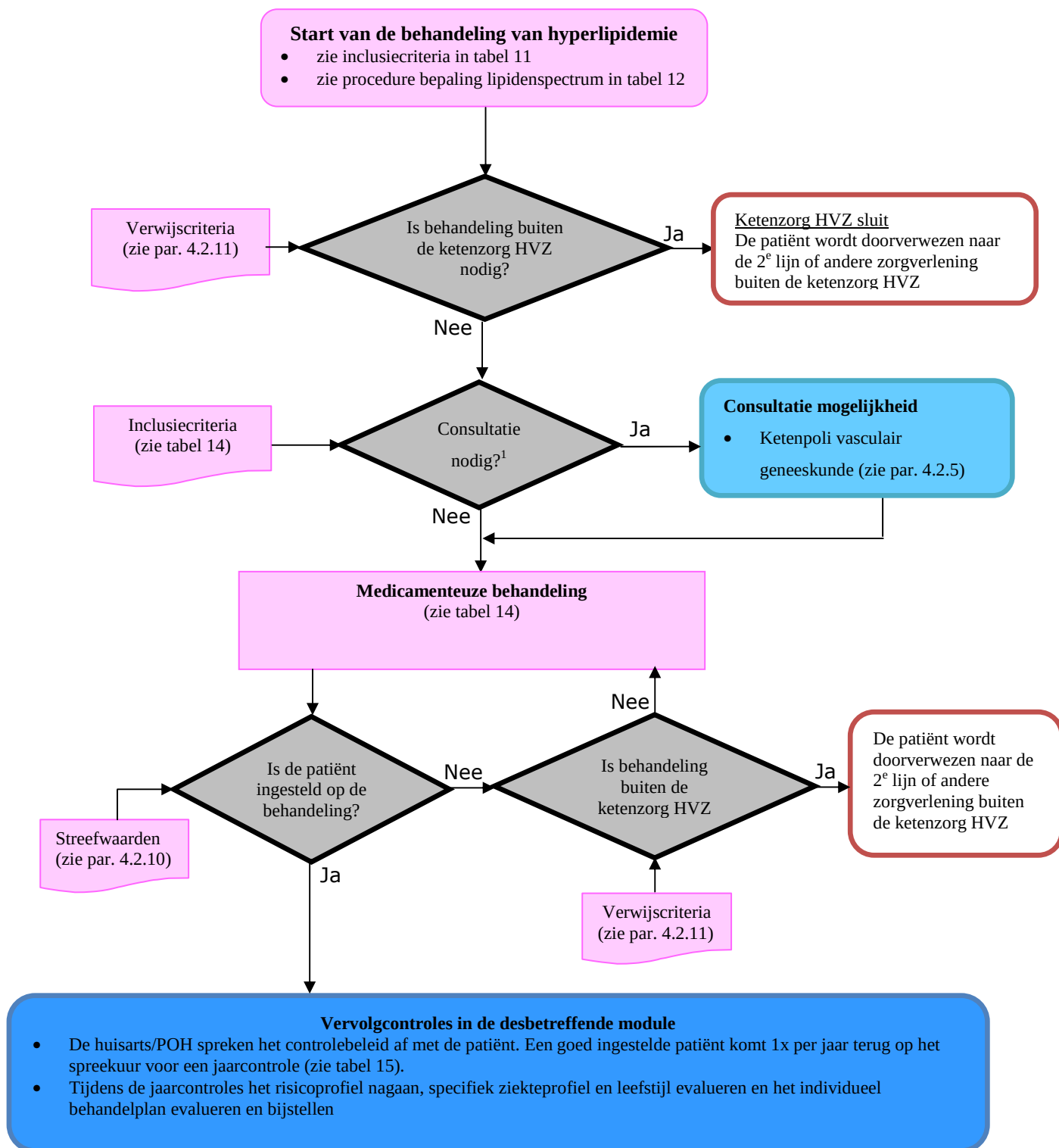
Noot 2: dit behandel-schema geldt alleen voor patiënten met ongecompliceerde hypertensie

Tabel 10. Controlebeleid bij de behandeling van hypertensie

Situatie	Procedure	Controle
Een nieuw medicament is gestart	Binnen 2 weken: de patiënt binnen 2 weken terug laten komen laten komen om het recept te verlengen 6 wekelijkse controle: de patiënt binnen 6 weken terug laten komen voor controle	Na 2 weken: - Bloeddruk meten - Bijwerkingen nagaan - Recept verlengen Tijdens 6 wekelijks controle nagaan: - Bloeddruk - Op indicatie laboratorium onderzoek uitvoeren
De dosering is gewijzigd	De patiënt binnen 6 weken terug laten komen voor controle (6 wekelijkse controle)	Het volgende wordt nagegaan: - Bloeddruk - Op indicatie laboratorium onderzoek uitvoeren
Streefwaarde is gehaald	In een periode van een ½ jaar de patiënt elk kwartaal terug laten komen voor controle (kwartaalcontroles)	Het volgende wordt nagegaan: Bloeddruk
Behandeling is volledig ingesteld (kwartaalcontroles zijn afgerond)	Patiënt wordt halfjaarlijks gecontroleerd (halfjaarcontroles) Let op: de halfjaarcontroles worden één keer per jaar gecombineerd met de jaarlijkse VRM controle	Het volgende wordt nagegaan: Bloeddruk

4.2.4 De medicamenteuze behandeling van hyperlipidemie

Schematische weergave van de behandeling van hyperlipidemie



¹De ketenpoli vasculair geneeskunde kan op elk moment binnen de behandelmodule hyperlipidemie worden ingezet

Tabel 11. Inclusiecriteria voor de behandeling van hyperlipidemie

Inclusiecriteria voor de behandeling van hyperlipidemie
Patiënt met HVZ
Patiënt met statines
LDL > 2,5 mmol/l en een 10 jaarsrisico van sterfte door HVZ ≥ 20%
LDL > 2,5 mmol/l, een belaste familieanamnese ¹ en een 10 jaarsrisico van sterfte door HVZ ≥ 10%-20% ²
LDL > 2,5 mmol/l, lichamelijke inactiviteit ³ en een 10 jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ 10% - 20% ²
LDL > 2,5 mmol/l, obesitas ⁴ en een 10 jaarsrisico van sterfte door HVZ ≥ 10% - 20% ²
LDL > 2,5 mmol/l, aanwijzingen voor hypertensieve eindorgaanschade ⁵ en een 10 jaarsrisico van sterfte door HVZ ≥ 10% - 20% ²
TC/HDL ratio > 8

¹1^e graads familielid met premature HVZ

²Bij deze patiënten een medicamenteuze behandeling overwegen

³< 30 min/dag, ≤ 5 dagen/week

⁴BMI > 30 kg/m², middelomtrek > 88 cm voor vrouwen of > 102 cm voor mannen

⁵eGFR: < 65 jaar, 30-60 ml/min/1,73m²; ≥ 65 jaar, 30-45 ml/min/1,73 m² en/of microalbuminurie en/of linkervertrikelhypertrofie

Tabel 12. Procedure rondom de bepaling van het lipidspectrum

Lipidspectrum bepaling	Uitleg
Wie	Gestandaardiseerde laboratoria
Frequentie in de diagnostische fase	Twee seriële monsters afnemen (nuchter) binnen een periode van acht weken, met een interval van minimaal één week. De gemiddelde waarde van de twee metingen berekenen.
Frequentie tijdens vervolgcontroles	Één monster afnemen (nuchter)

Tabel 13. Inclusiecriteria ketenpoli vasculair geneeskunde bij hyperlipidemie

Inclusiecriteria voor ketenpoli vasculair geneeskunde
Bij twijfels over het ingezette behandelbeleid
Bij vragen op het gebied van de medicatie

Tabel 14. Stappenplan statinetherapie¹

Stappen	Medicatie ²
Stap 1	Start simvastatine 40 mg/d (of lager indien geringe LDL-verhoging)
Stap 2	Controleer na 4 – 13 weken lipidspectrum (nuchter) Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren
Stap 3	- LDL $\leq$ 2,5 mmol/l: continueer simvastatine $\leq$ 40 mg/d - LDL $>$ 2,5 mmol/l: switch naar atorvastatine $\geq$ 20 mg/d of rosuvastatine $\geq$ 10 mg/d
Stap 4	Controleer 3 maandelijks lipidspectrum (nuchter) tot streefwaarde LDL bereikt. Zo nodig aanpassing statine(dosering). Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren
Stap 5	LDL $\leq$ 2,5 mmol/l: evalueer jaarlijks therapie. Controleer lipidspectrum (nuchter). Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren
Bijwerking 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 - Relatie met statine: herstart eventueel lagere dosering of switch naar fluvastatine $\leq$ 80 mg/d, pravastatine $\leq$ 40 mg/d cq. rosuvastatine $\leq$ 20 mg/d

¹Bron:[8]²bij patiënten met HVZ denk aan het voorschrijven van een acetylsalicylzuur

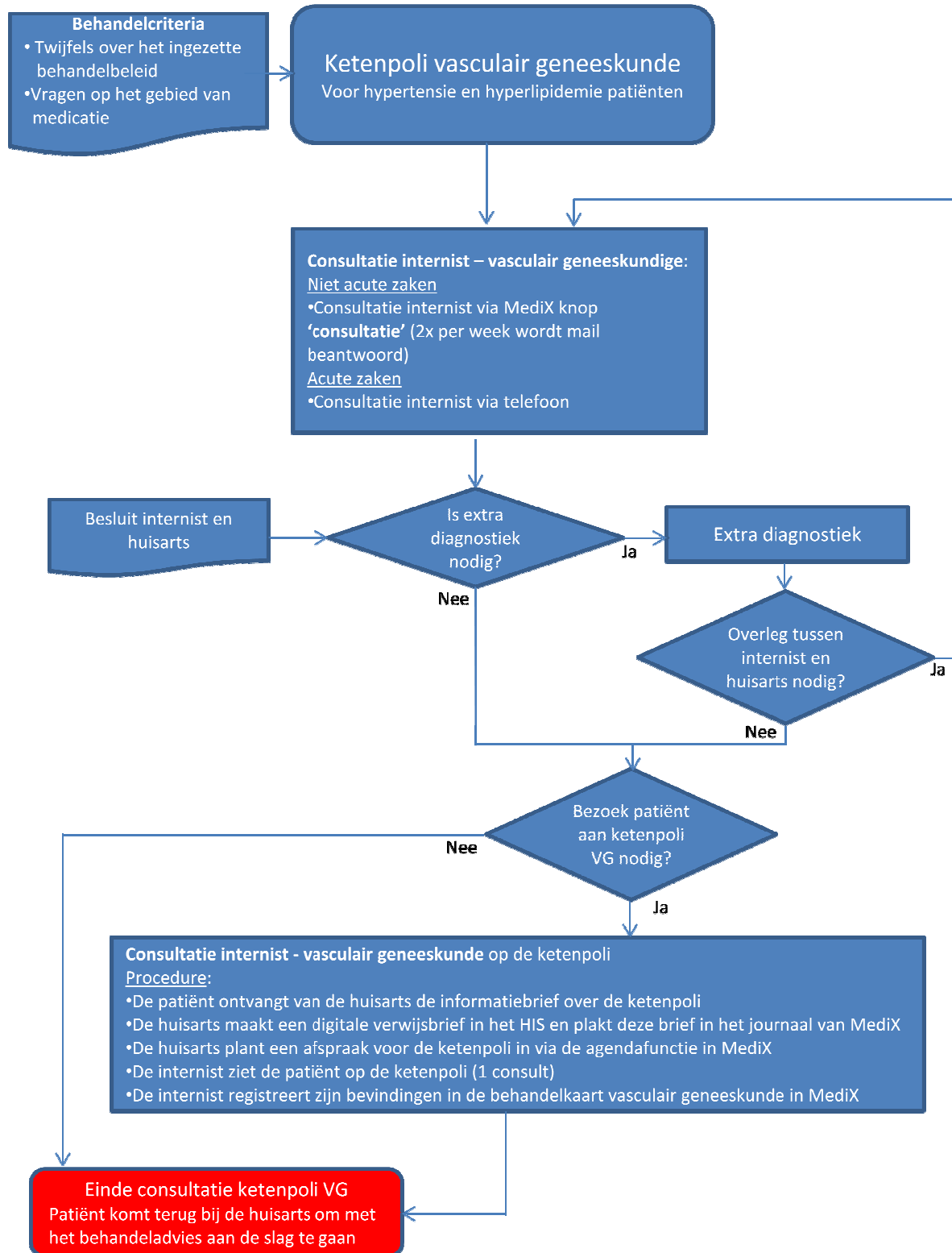
Tabel 15 Controlebeleid bij het behandeling van hyperlipidemie

Situatie	Procedure	Controle
Een nieuw medicament is gestart	De patiënt binnen 3 maanden terug laten komen voor controle (kwartaal controle)	- Lipidspectrum (nuchter) - Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren
De dosering is gewijzigd	De patiënt binnen 3 maanden terug laten komen voor controle (kwartaal controle)	- Lipidspectrum (nuchter) - Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren
De streefwaarde ¹ is gehaald en de behandeling is volledig ingesteld	Patiënt wordt jaarlijks gecontroleerd (jaarcontroles) Let op: de jaarcontroles vinden plaats in combinatie met de jaarlijkse VRM controles	- Lipidspectrum (nuchter) - Bij klachten gericht laboratorium onderzoek uitvoeren

¹of de voor de patiënt maximaal haalbare waarde

4.2.5 De ketenpoli vasculair geneeskunde

Schematische weergave van de ketenpoli vasculair geneeskunde



Aanvullende informatie

Terminologie

- Onder huisarts wordt ook praktijkondersteuner verstaan
- Onder internist – vasculair geneeskundige worden ook internisten in opleiding voor vasculair geneeskundige verstaan

Consultatie vasculair geneeskundige

- Bij niet acute zaken kan de huisarts via de MediX knop 'consultatie' een bericht sturen naar de internist-vasculair geneeskundige. **Twee keer per week** beantwoordt de internist alle vragen. Het antwoord wordt via de MediX naar de huisarts verstuurd.
- Bij acute zaken kan de huisarts telefonisch contact opnemen met de internist
- De consultatie via MediX en telefoon zal onder verantwoordelijkheid van dr. Bram Kroon (internist – vasculair geneeskundige, MUMC+) worden verzorgd.

Aanvraag extra diagnostiek

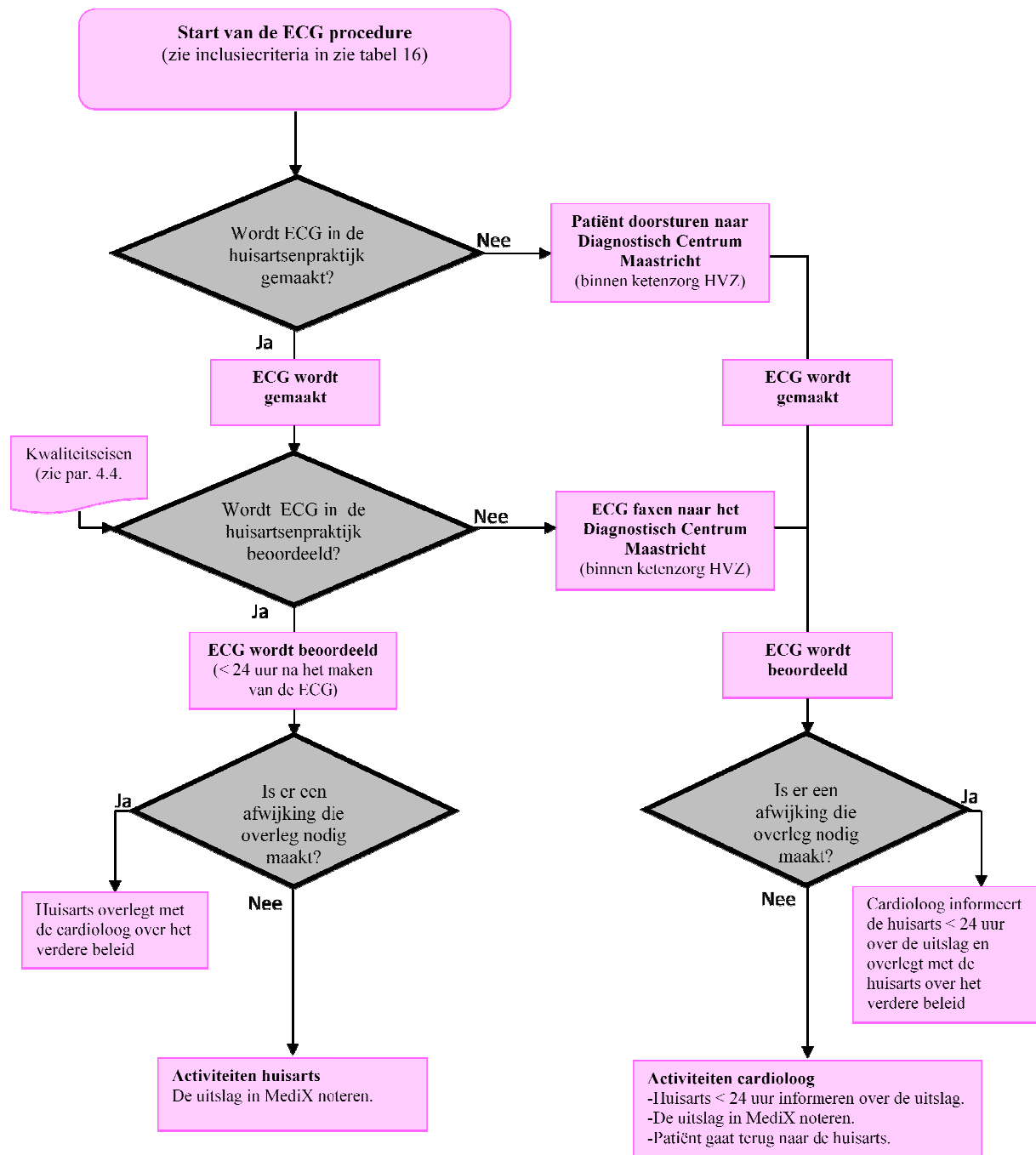
- Extra diagnostiek wordt aangevraagd vanuit de huisartsenpraktijk. Alleen wanneer het niet mogelijk is de diagnostiek via de huisartsenpraktijk aan te vragen, zal de internist de diagnostiek aanvragen. Diagnostiek valt zowel in de eerste als tweede lijn vooralsnog buiten de eerstelijns ketenzorg HVZ.

Consultatie door internist op de ketenpoli

- De huisarts plant voor de patiënt een afspraak in op de ketenpoli VG via de agendafunctie 'ketenpoli vasculaire geneeskunde' in MediX.
- De huisarts noteert de afspraak op de informatiebrief en geeft de patiënt de informatiebrief over ketenpoli's VG op de brugpoli van het MUMC+ mee (zie www.ZIO.nl)
- De huisarts maakt een digitale verwijsbrief in het HIS en plakt deze brief in het journaal van MediX (zie instructiefilmpje www.ZIO.nl).
- Het consult op de ketenpoli door de internist duurt 30 minuten.
- De internist registreert zijn bevindingen in de behandelkaart 'Vasculair geneeskunde' en het journaal in MediX
- De consultatie op de ketenpoli VG zal door zo veel mogelijk dezelfde internist worden uitgevoerd, te weten dr. Bram Kroon (internist – vasculair geneeskundige, MUMC+).

4.2.6 Consultatie bij de uitvoer en beoordeling van een ECG

Schematische weergave van de ECG procedure

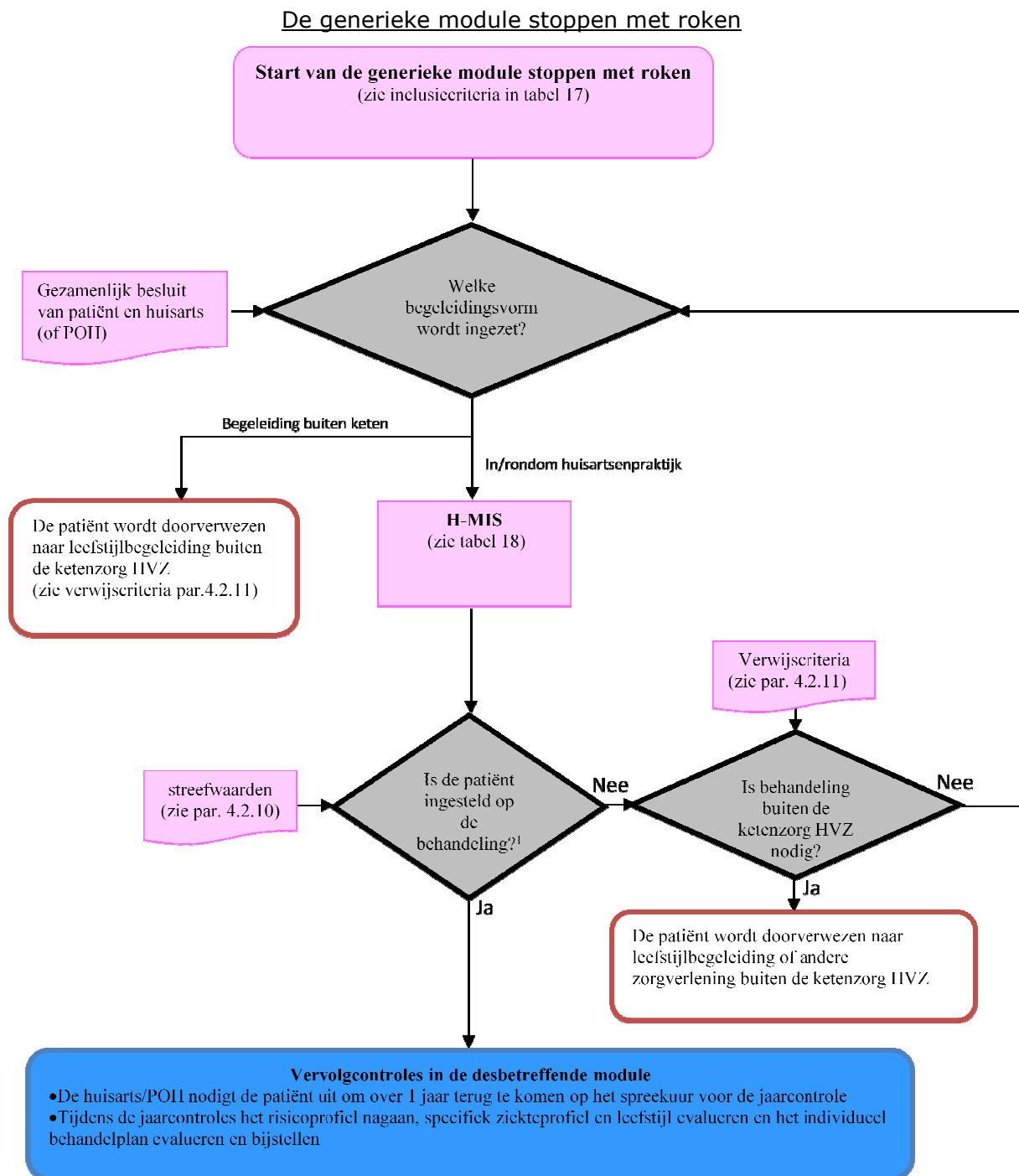


Tabel 16. Inclusiecriteria voor het maken van een ECG bij patiënten binnen de ketenzorg HVZ

Inclusiecriteria ECG binnen de ketenzorg HVZ*
Patiënt met gediagnosticeerde hypertensie en twijfel over de aanwezigheid van linkerventrikelhypertrofie, dat wil zeggen: • Het gaat over een moeilijk instelbare hypertensie <i>en/of</i> • De labwaarden zijn afwijkend (gestoorde nierfunctie (kreatinine verhoogd, micro-albuminurie), afwijkend K-gehalte (te hoog of te laag) <i>en/of</i> • Een eerder ECG (> 1 jaar) was afwijkend (ritme- en geleidingsstoornissen, repolarisatie stoornissen en (oude) infarcten)
Patiënt met bestaand hart- en vaatlijden waarbij een verandering in de klachten optreedt <i>en/of</i> een bestaand ECG aanwezig is waarbij progressie van klachten mag worden verwacht
Patiënt met pijn op de borst
Patiënt met hartkloppingen (palpitaties)
Patiënt met kortademigheid (dyspnoe)
Patiënt die flauwvalt (collaps)

*NOOT: Bij patiënten binnen de ketenzorg HVZ wordt de ECG uitbetaald via de ketenzorg HVZ. Bij patiënten die niet deelnemen aan de ketenzorg HVZ maar waarbij wel een ECG wordt uitgevoerd, vindt de declaratie op de reguliere wijze plaats.

4.2.7 De generieke module stoppen met roken



¹Wanneer de streefwaarde niet wordt gehaald, besluiten de patiënt en de huisarts samen wanneer de module wordt afgesloten. De motivatie van de patiënt dient hierbij leidend te zijn.

Tabel 17. Inclusiecriteria voor de generieke module stoppen met roken

Inclusiecriteria begeleiding bij stoppen met roken ¹
De patiënt rookt
De patiënt is gemotiveerd om te stoppen met roken ²

¹De patiënt moet aan alle criteria voldoen

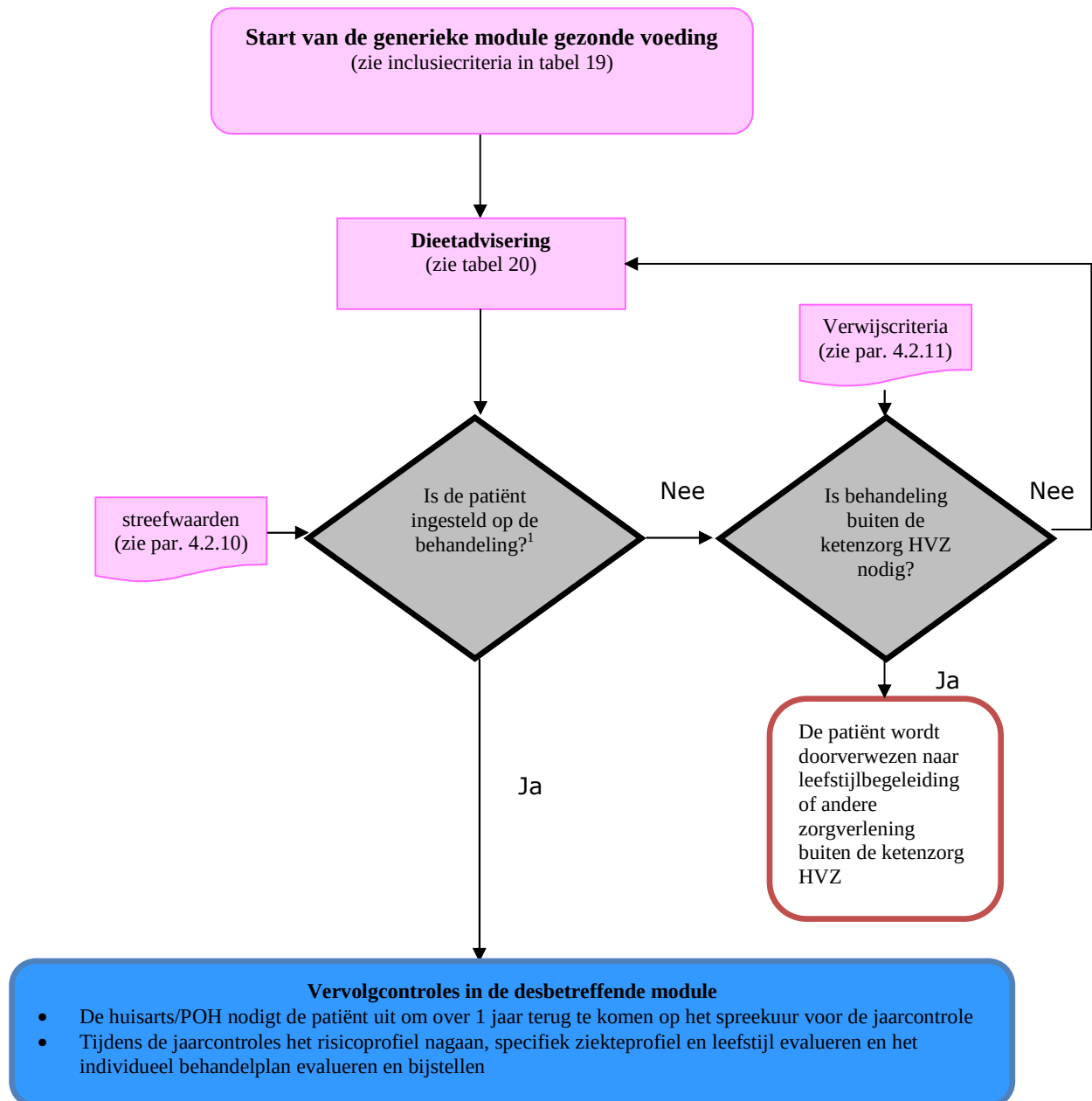
²De zorgverlener en de patiënt besluiten samen of de patiënt voldoende gemotiveerd is om te stoppen met roken. Patiënten die ongemotiveerd zijn om te stoppen krijgen komen niet in de module stoppen met roken terecht. Wel wordt door de huisarts en/of praktijkondersteuner toestemming gevraagd om in een volgend consult terug te komen op de rookstatus en de motivatie om te stoppen[30]

Tabel 18. De minimale interventie strategie H-MIS uitgevoerd door de praktijkondersteuner[30, 35]

De minimale interventie strategie H-MIS
De H-MIS bestaat uit 6 stappen: ▪ Stap 1: Rookprofiel afnemen ▪ Stap 2: Motivatie verhogen ▪ Stap 3: Barrières inventariseren en bespreken ▪ Stap 4: Stopafpraak maken ▪ Stap 5: Hulpmiddelen bespreken ▪ Stap 6: Nazorg en follow-up De H-MIS wordt vanaf <u>stap 5</u> aangevuld met farmacotherapie wanneer aan één van de volgende criteria wordt voldaan: ▪ Patiënt rookt ≥ 10 sigaretten per dag ▪ Patiënt rookt < 10 sigaretten per dag en wenst naast de H-MIS ook farmacotherapie Stappenplan farmacotherapie[30] ▪ Stap 1: nicotinevervangende middelen ▪ Stap 2: nortriptyline, bupropion of varenicline

4.2.8 De generieke module gezonde voeding

De generieke module gezonde voeding



¹Wanneer de streefwaarde niet wordt gehaald, besluiten de patiënt en de huisarts samen wanneer de module wordt afgesloten. De motivatie van de patiënt dient hierbij leidend te zijn.

Tabel 19. Inclusiecriteria voor de generieke module gezonde voeding

Inclusiecriteria behandeling gezonde voeding¹
De patiënt heeft hypertensie en specifieke vragen over voeding
De patiënt heeft hyperlipidemie en specifieke vragen over voeding
De patiënt heeft hypertensie en/of hyperlipidemie met comorbiditeit (met voedingsgerelateerde consequenties)
De patiënt heeft hypertensie en/of hyperlipidemie en sociale problematiek en/of een woonleefsituatie die aanleiding geven om specifieker naar de voeding te kijken

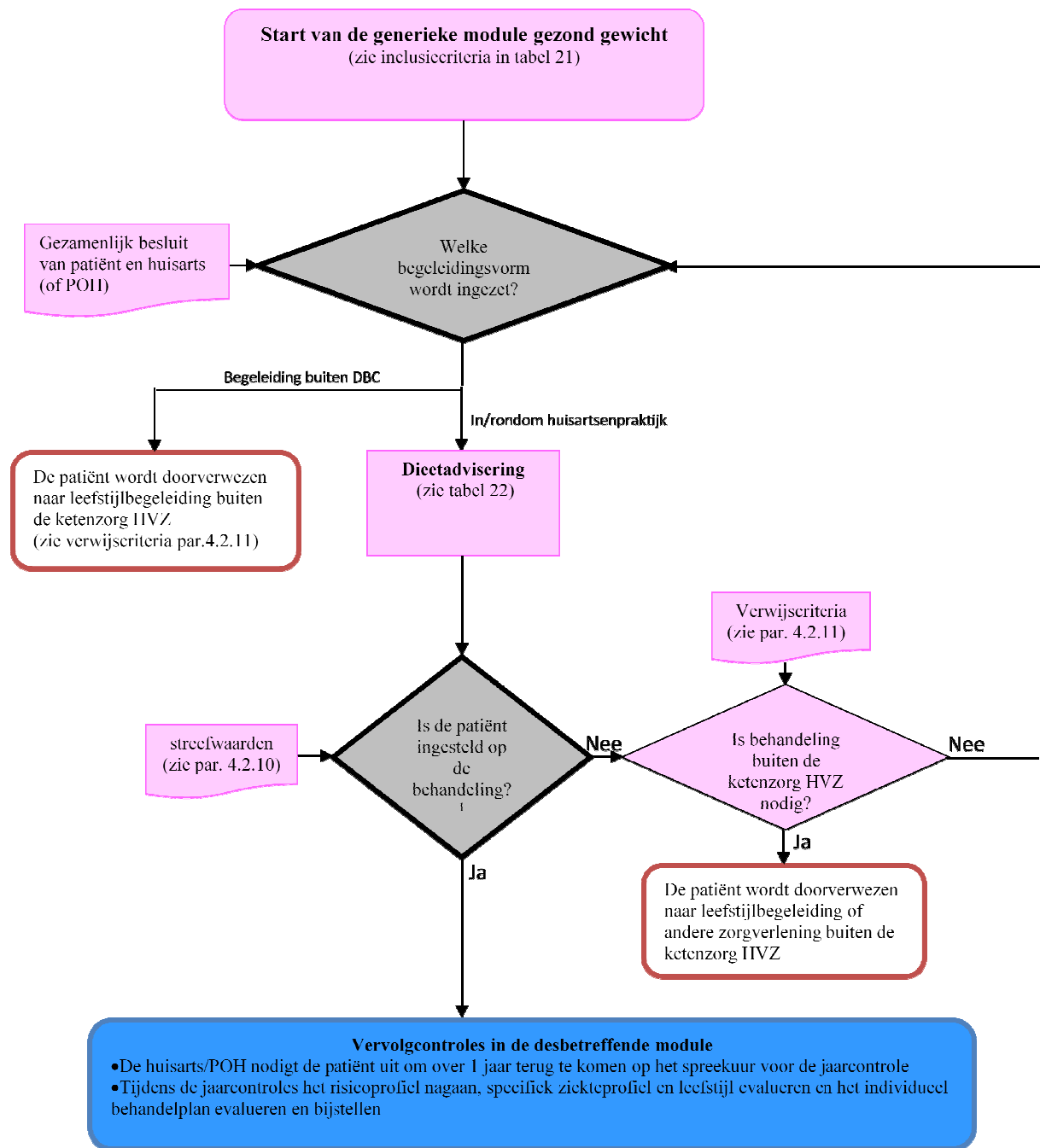
¹De patiënt moet aan minimaal één criterium voldoen

Tabel 20. Dieetadvisering in de generieke module gezonde voeding uitgevoerd door de diëtist

Dieetadvisering bij de behandeling gezonde voeding
Vanuit de richtlijn gezonde voeding wordt op maat advies gegeven waarbij de hulpvraag van de patiënt centraal staat

4.2.9 De generieke module gezond gewicht

Schematische weergave van de generieke module gezond gewicht



¹Wanneer de streefwaarde niet wordt gehaald, besluiten de patiënt en de huisarts samen wanneer de module wordt afgesloten. De motivatie van de patiënt dient hierbij leidend te zijn.

Tabel 21. Inclusiecriteria voor de generieke module gezond gewicht

Inclusiecriteria generieke module gezond gewicht¹
BMI $\geq$ 25 kg/m ² en de patiënt is gemotiveerd ² om zijn gedrag te veranderen
Verhoogd middelomtrek (vrouwen > 88 cm; mannen > 102 cm) en de patiënt is gemotiveerd ² om zijn gedrag te veranderen

¹De patiënt moet aan minimaal één criteria voldoen

²De zorgverlener en de patiënt besluiten samen of de patiënt voldoende gemotiveerd is om zijn gedrag te veranderen en besluiten samen of de inzet van diëtetiek om te komen tot gewichtsreductie zinvol is

Tabel 22. Dieetadvisering binnen de generieke module gezond gewicht uitgevoerd door de diëtist

Dieetadvisering binnen de generieke module gezond gewicht
<u>Doel</u>: Het verkrijgen van een goed lichaamsgewicht, 5-10% gewichtsvermindering geeft al een aantoonbaar vermindering van gezondheidsrisico's. <u>Dieetkenmerken</u>: gebaseerd op Elsevier dieetbehandelprotocol (Energie, verhouding Koolhydraten, eiwit en vetten, vocht) <u>Behandelplan</u>: Het behandelplan van de diëtist wordt als volgt vormgegeven (per cliënt kan gekozen worden voor een andere tijdsindeling van consulten; maximaal 4 uur): Eerste consult diëtist (intake) - Acties: bespreken risicofactoren in relatie tot voeding rekening houdend met medicatie, in kaart brengen concrete hulpvraag en motivatie (extern eetgedrag, emotioneel eetgedrag), afnemen voedingsanamnese ook in relatie tot sociale context, stellen dietistische diagnose, persoonlijk behandelplan en doelen bepalen, uitleg dieet(kenmerken), praktische opdracht (eetdagboek) en evt. schriftelijke informatie. Vervolgconsult 1 (na 2 weken het 1^e vervolgconsult) - Acties: evalueren dieettoepassing/eetdagboek, motivatie en kennisniveau, effect verandering in het eetgedrag. In kaart brengen belemmerende en bevorderende factoren. Aanpassen behandelplan zonodig en aanvullende adviezen geven om gedragsverandering te bereiken en vol te houden. Vervolgconsult 2 (na 2 weken het 2^e vervolgconsult) - Acties: evaluatie en beoordelen effect, instructie over variatie, praktische tips en toepassing bij bijzondere situaties en aanvullende productinformatie. Adviezen voor de lange termijn. Vervolgconsult 3 t/m 6 (maandelijks) - Acties: evaluatie beoordelen effect, vooral ondersteunen en begeleiden tav gedragsverandering en motivatie, tijdig signaleren terugval, praktische tips en toepassing bij bijzondere situaties en aanvullende productinformatie. Adviezen voor de lange termijn.

4.2.10 Streefwaarden

Bepaling	Streefwaarde
Bloeddruk	Spreekkamer: RR < 140 / 90 mmHg Thuis, protocollair: RR < 135 / 85 mmHg Ambulant, 24 uur: RR < 130 / 80 mmHg Bij patiënten met microalbuminurie: RR < 130 / 80 mmHg
Lipidenspectrum (nuchter) -LDL -HDL -Triglyceriden	Algemeen ¹ : LDL ≤ 2,5 mmol/l Algemeen: HDL > 0,9 mmol/l bij ♂ en HDL > 1,2 mmol/l bij ♀ TG < 2.3 mmol/l
Glucosegehalte (nuchter)	4,0 > glucose < 7,0 mmol/l
Roken	Stoppen met roken
Bewegen	Ten minste 5 dagen per week 30 minuten per dag fietsen, stevig wandelen, tuinieren, enzovoorts
Voeding	Algemene streefwaarden conform de schijf van vijf [32] • Gevarieerd eten • Niet te veel eten en voldoende bewegen • Minder verzadigd vet eten en minimaal eenmaal en bij voorkeur tweemaal per week (vette) vis eten • Veel groente, fruit en brood eten • Veilig omgaan met voedsel
Gewicht	Een optimaal gewicht, dat wil zeggen een BMI < 25 kg/m ² , een middelomtrek < 80 cm bij vrouwen en < 94 cm bij mannen of 10% gewichtsreductie

¹Bij HVZ patiënten lijkt het raadzaam een lager LDL na te streven (LDL < 2,0 mmol/l) voor zover medicamenteus haalbaar

4.2.11 Verwijscriteria voor een behandeling buiten de ketenzorg HVZ

Complicatie / co-morbiditeit	Verwijzing naar	Indicatie
Hypertensie	Internist-vasculair geneeskundige	Patiënt voldoet aan één van de volgende criteria: ▪ RR > 180 / 110 mmHg ▪ moeilijk instelbare of therapieresistente hypertensie: patiënt met HVZ: RR > 140 / 90 mmHg, ondanks gebruik van 3 of meer anti-hypertensiva ▪ hypertensie na een cardiovasculair event of sterk verhoogd cardiovasculair risico ($\geq 10\%$) ondanks gebruik van 3 of meer antihypertensiva ▪ hypertensie met orgaanschade (renaal, vasculair, cerebraal) ▪ verdenking op secundaire hypertensie, zoals nierarteriestenose en hypertensie met endocriene oorzaken ▪ hypokaliëmie (<3,5 mmol/l) zonder diureticum
	Cardioloog	Hypertensie met cardiale orgaanschade. Onder cardiale orgaanschade wordt linkerventrikelhypertrofie, optredend hartfalen, boezemfibrilleren (en andere aritmieën), geleidingsstoornissen, mitralisinsufficiëntie en andere geruisen, angina pectoris en verhoogd BNP verstaan.
Hyperlipidemie	Internist-vasculair geneeskundige	Indien de lipiden streefwaarden niet worden gehaald of indien het LDL, ondanks voldoende therapietrouw en ondanks toediening van de maximaal toegestane dosering aan geneesmiddelen, toch de streefwaarde niet haalt
(Verdenking) op familiale dyslipidemie	Internist-vasculair geneeskundige	Bij familiale dyslipidemie (minimaal 2 eerstegraads familieleden met hyperlipidemie) wordt een patiënt altijd doorverwezen Als er geen verdenking is op familiale dyslipidemie wordt de patiënt doorverwezen als de patiënt voldoet aan één van de volgende criteria: ▪ TC > 8 of TC/ HDLc > 8 ▪ blijvend (bij herhaling) TG > 4 mmol/l

Hypertriglyceridemie	Internist- vasculair geneeskundige	TG > 4 – 8 mmol/l (nuchter, gemiddelde van 2 bepalingen): onderzoek naar oorzaken secundaire hyperlipidemie uitvoeren (de huisarts kan dit zelf uitvoeren of de patiënt doorverwijzen) TG > 8 mmol/l (nuchter, gemiddelde van 2 bepalingen): verwijzen
----------------------	--	---

Totaal cholesterolgehalte > 8 mmol/l	Internist- vasculair geneeskundige	Totaal cholesterolgehalte > 8 mmol/l
--------------------------------------	--	--------------------------------------

Totaal cholesterol / HDL-ratio > 8	Internist- vasculair geneeskundige	Totaal cholesterol / HDL-ratio > 8 mmol/l
------------------------------------	--	---

Nierfunctiestoornis	Internist- vasculair geneeskundige Diëtist	20-70 jr.: kreatinineklaring < 60 ml/min OF verslechtering 5 – 10ml/ min per jaar OF <40 jaar en kreatinineklaring <80 ml/min >70 jr.: kreatinineklaring < 45 ml/min OF verslechtering 5 – 10ml/ min per jaar en/of Man: albumine/creatinine ratio ≥ 25 mg/mmol Vrouw: albumine/creatinine ratio ≥ 35 mg/mmol en/of Eiwitexcretie in urine (urineportie) > 1 gr/l en/of Verdubbeling van microalbumine binnen een periode van 1-5 jaar
---------------------	---	--

Sterk belaste eerstegraads familieanamnese voor hart- en vaatziekten	Hart- en vaatcentrum	Patiënt met minimaal 2 eerstegraads familieleden (man < 50 jaar, vrouw < 55 jaar) met HVZ
--	-------------------------	---

Atherosclerotisch vaatlijden op jonge leeftijd	Internist-vasculair geneeskundige	Mannen < 45 jaar Vrouwen < 50 jaar
Ernstige retinopathie bij patiënten met hypertensie	Oogarts Internist-vasculair geneeskundige	Pre/ proliferatieve retinopathie
Morbide obesitas	Diëtist Chirurg (bij HVZ) CO-EUR	BMI ≥ 35
Zwangerschap (-wens) bij patiënten met hypertensie	Internist-vasculair geneeskundige Diëtist	Hypertensie patiënt die zwanger is of zwangerschapswens heeft
Ernstige co-morbiditeit	Internist-vasculair geneeskundige	Co-morbiditeit op gebied van interne geneeskunde die interfereert met het halen van de streefwaarden
Extra begeleiding gewenst bij bijzondere omstandigheden	Huisarts POH Gespecialiseerd verpleegkundige	Indien aanvullende begeleiding nodig is bij taalbarrière of culturele problemen
Patiënt heeft een HVZ waarvoor geen speciale behandelmodule binnen de ketenzorg HVZ is opgesteld	Huisarts POH	Een eerstelijns behandeling is nodig en hiervoor is geen speciale behandelmodule binnen de ketenzorg HVZ beschikbaar. De eerstelijns behandeling vindt vervolgens buiten de ketenzorg HVZ plaats.
Roken	Groeps-programma stoppen met roken van de	Voor een verwijzing naar de <u>thuiszorg</u> voldoet de patiënt aan de volgende criteria: • De patiënt rookt • De patiënt is gemotiveerd om te stoppen met roken

	thuiszorg of Stoppen met roken poli in het ziekenhuis of Verslavingszorg	- De patiënt geeft de voorkeur aan een groepsinterventie of de individuele interventie is niet geslaagd Voor een verwijzing naar de <u>stoppen met roken poli</u> voldoet de patiënt aan de volgende criteria: - De patiënt rookt - De patiënt is gemotiveerd om te stoppen met roken - De individuele interventie is niet geslaagd Voor een verwijzing naar de <u>verslavingszorg</u> voldoet de patiënt aan de volgende criteria: - De patiënt rookt - De patiënt is ernstig verslaafd aan roken - De patiënt is gemotiveerd om te stoppen met roken - De individuele interventie is niet geslaagd
--	--	---

GGZ problematiek	Huisarts (de huisarts bepaalt vervolgens, in overleg met de patiënt, of de eerstelijns keten ketenzorg GGZ wordt gestart)	Patiënt met GGZ-gerelateerde klachten en/of intensieve aandacht voor cognitieve, emotionele of gedragsmatige problematiek is aangewezen
------------------	--	---

Twijfel huisarts of verzoek van patiënt	Specialist uit de 2 ^e lijn	- Bij twijfel en/of diagnostische onzekerheid bij de huisarts consulteert de huisarts de desbetreffende specialist - Op verzoek van de patiënt wordt de patiënt zo nodig doorverwezen naar de desbetreffende specialist
---	---------------------------------------	--

Noot: Alle zorg die buiten de ketenzorg HVZ valt, dient rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te worden gedeclareerd

4.2.12 Verwijscriteria voor een verwijzing van de 2e naar de 1e lijn

Bepaling	Verwijzing van ... naar ...	Indicatie
Hypertensie	VAN internist- vasculair geneeskundige NAAR de ketenzorg HVZ	Patiënt met hypertensie terugverwijzen als wordt voldaan aan één van de volgende criteria: ▪ stabiele regulatie (12 maanden) RR < 140 / 90 mmHg zonder eindorgaanschade ▪ RR < 130 / 80 met eindorgaanschade tenzij onderliggend lijden speciale zorg vereist en/of onvoldoende realisatie streefwaarden VRM
Acuut coronairsyndroom[36]	VAN Cardioloog NAAR de ketenzorg HVZ	Het streven is patiënten met acuut coronairsyndroom, die in de tweede lijn worden behandeld, binnen één tot anderhalf jaar terug te verwijzen naar de huisarts (mits stabiel en geringe of geen cardiale comorbiditeit of een verhoogd risico daarop)[37] Status na infarct: goede linker kamer functie (EF > 40%), asymptomatisch Status na PCI: asymptomatisch
Angina pectoris[36]	VAN cardioloog NAAR de ketenzorg HVZ	NYHA klasse I en II > 1 jaar stabiel en geringe of geen cardiale comorbiditeit of een verhoogd risico daarop
Atypische borstklachten[36]	VAN cardioloog NAAR de ketenzorg HVZ	Functie onderzoek, geen bijzonderheden

4.3 De zorgprofielen

1. Eerste consult

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass			
Eerste consult patiënt met verhoogd risico op hart- en vaatziekten								
Diagnostiek	DA	venapunctie			5			
	Laboratorium							
Risicoprofiel opstellen	POH	1 consult		15				
Behandelplan opstellen en advies geven	POH	1 consult		15				
Overleg HA en POH	HA en POH		7,5	2				
Totaal eerste consult			7,5	32	5	0	0	
Te besteden tijd:								

2. Basiszorg vasculair risicomanagement

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass			
Basiszorg vrm								
Diagnostiek	DA	venapunctie			5			
	Laboratorium							
Jaarcontrole	POH	1 consult		15				
Behandelplan bijstellen en advies geven	POH	1 consult		15				
Overleg HA en POH	HA en POH		7,5	2				
Totaal basiszorg vrm			7,5	32	5	0	0	
Te besteden tijd:								

3. Behandelmodule hypertensie

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass			
A. Instellen op medicatie								
Diagnostiek	DA	venapunctie			5			
	Laboratorium							
Diagnosestelling en besluit behandeling	HA		2					
Medicamenteuze behandeling								
Bespreken uitslag en instellen medicatie	HA	1 consult	10					
Instellen op medicatie								
Controle 2 wkn na start nieuwe medicatie	POH	1 consult		5				
6 wekelijkse controles	POH	3 consulten		30				
Overleg HA en POH	HA en POH	overleg	2	2				
Streefwaarde gehaald								
Kwartaalcontrole	POH	1 consult		10				
Overleg HA en POH	HA en POH	overleg	2	2				
Totaal module hypertensie medicamenteuze behandeling			16	49	5			
Te besteden tijd:								

B. Onder controle								
Behandeling is volledig ingesteld								
Halfjaarcontrole	POH	1 consult (Basiszorg)						
	DA	1 consult			5			
Overleg HA, POH en DA	HA, POH en DA	2x overleg (1x is basiszorg)	2	2	2			
Totaal module hypertensie medicamenteuze behandeling Te besteden tijd:			Ha	POH	Ass			
			2	2	7			

Optionele zaken bij behandelmodule hypertensie

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass			

24-uursmeting bloeddruk								
24-uursmeting bloeddruk	POH	1 consult						
Diagnostiek								
Diagnostiek	DA	venapunctie			5			
	Laboratorium							
Bespreken uitslag en instellen medicatie	HA	1 consult	10					
Totaal diagnostiek Te besteden tijd:			Ha	POH	Ass			
			10	0	5			

4. Behandelmodule hyperlipidemie

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass	Card		

Medicamenteuze behandeling								
Instellen medicatie	HA	1 consult	10					
Instellen op medicatie								
Diagnostiek (3x)	DA	venapunctie			15			
Kwartaalcontrole (3x)	POH	3 consulten		30				
Nabespreking HA en POH	HA en POH	overleg	2	2				
Streefwaarde gehaald								
Jaarcontrole	POH	BASISZORG CVRM						
Nabespreking HA en POH	HA en POH	BASISZORG CVRM						

Totaal module hyperlipidemie Te besteden tijd:			Ha	POH	Ass	Card		
			12	32	15	0	0	

Optionele zaken bij behandelmodule hyperlipidemie

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass	Int		

Diagnostiek								
Diagnostiek	DA	venapunctie			5			
	Laboratorium							
Bespreken uitslag en instellen medicatie	HA	1 consult	10					
Totaal extra diagnostiek Te besteden tijd:			Ha	POH	Ass	Int		
			10	0	5	0	0	

5. Stoppen met roken

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass	Card		
H-MIS								
H-MIS (roken)	POH	intake		45				
		4 consulten		60				
		3 tel consulten		15				
Nabespreking HA en POH	HA en POH	overleg	2	2				
Totaal module Stoppen met roken			Ha	POH	Ass	Card		
Te besteden tijd:			2	122	0	0	0	

6. Dieetadvisering

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH	Ass	Card	Dietist	
Dieetadvisering ivm gewicht								
Dieetadvisering	Dietist	intake					60	
		2 consulten (2 wekelijks)					120	
Overleg Dietist en POH	POH en Dietist	overleg		2			2	
Totaal module Dieetadvisering gewicht			Ha	POH	Ass	Card	Dietist	
Te besteden tijd:			0	2	0	0	182	

Consultatie tweede lijn

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH		Die	Med Spec	
Ketenpoli								
Onderzoek en advies over behandeling	Med spec	1 consult					30	
Overlegtijd	Med spec / HA		5				5	
Advies over zorgbehandelbeleid (tel / e-mail)								
Advies over behandelbeleid (telefonisch)	Med spec / HA	Telefonisch overleg	10				10	
Advies over behandelbeleid (e-mail)	Med spec / HA	Medix berichten	5				10	
Totaal Consultatie tweede lijn			Ha	POH	Dvk	Die	Med spec	
Te besteden tijd:			20	0	0	0	55	

ECG

			Tijdsbesteding					
Wat	Wie	Hoe	Ha	POH		Die	Med Spec	
ECG								
ECG	DA, HA	ECG uitvoeren + 1consult						

4.4 Taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners

In deze paragraaf zijn de taken en verantwoordelijkheden van alle betrokken zorgverleners binnen de ketenzorg HVZ beschreven. Achtereenvolgens komt de huisarts, de praktijkondersteuner, de doktersassistent, de specialist en de diëtist aan bod.

4.4.1 De huisarts

De huisarts is medisch inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de eerstelijns HVZ zorg. Afgestemd op de zorgbehoefte en de individuele situatie van de patiënt zal de huisarts de eerstelijnszorg voor de patiënt met een verhoogd risico op HVZ en patiënten die een HVZ hebben (gehad) regisseren. De huisarts is geregistreerd in het BIG register en handelt conform de wet BIG. Als zorgverlener is hij enerzijds aansprakelijk voor alle zorg die hijzelf uitvoert en anderzijds mede verantwoordelijk voor de zorg die hij delegeert aan andere zorgverleners, mits dit geen voorbehouden handelingen zijn. De huisarts is dus de regisseur en eindverantwoordelijke voor de eerstelijns HVZ zorg. Tijdens het spreekuur zijn huisartsen alert op patiënten die mogelijk een verhoogd risico op HVZ hebben. Op het moment dat de patiënt in de ketenzorg terecht komt draagt de praktijkondersteuner zorg voor het zorgtraject waarbij de huisarts het eerste aanspreekpunt is voor de praktijkondersteuner. De huisarts spreekt de patiënten met de praktijkondersteuners na en stelt zo nodig de medicatie in. Het belang van een goede samenwerking tussen de huisarts en de praktijkondersteuner is daarom groot. Een goede communicatie en afstemming tussen beide zorgverleners wordt aanbevolen evenals duidelijke afspraken over de communicatie met andere betrokken zorgverleners.

Bij de behandeling van hypertensie wordt zo nodig in de diagnostische fase of bij het opnieuw instellen van de medicatie een ECG uitgevoerd ter uitsluiting van linkerventrikel hypertrofie. Het maken, interpreteren en bespreken van een ECG met de

patiënt in de huisartsenpraktijk kan alleen plaatsvinden als wordt voldaan aan de volgende voorwaarden: 1) ECG-apparatuur met intelligente interpretatie; 2) duidelijke afspraken met cardioloog; 3) deskundigheid.[38] Daarnaast wordt gesteld dat het ECG door de huisarts kan worden geïnterpreteerd, mits aan één van de volgende kwaliteitseisen wordt voldaan: 1) de huisarts heeft de basiscursus ECG gevolgd (< 3 jaar geleden een basis of een vervolgcursus gevolgd); 2) de huisarts heeft relevante werkervaring (< 3 jaar). Hierbij moet worden opgemerkt dat de huisarts zelf verantwoordelijk is voor de beoordeling van de eigen bekwaamheid en bevoegdheid voor het interpreteren van ECG's.

4.4.2 De praktijkondersteuner

Sinds januari 2007 zijn praktijkondersteuners beschikbaar in alle huisartsenpraktijken. Een praktijkondersteuner verleent gedelegeerde medisch- inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg, in het bijzonder aan patiënten met een chronische ziekte. De praktijkondersteuner heeft de opleiding Praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk of de hbo opleiding Verpleegkunde met aandachtsgebied chronische zorg gevolgd. Praktijkondersteuners spelen een belangrijke rol bij het voorkomen van HVZ.[39] De taken van de praktijkondersteuner binnen de ketenzorg HVZ zijn daarom divers, zoals het opstellen van het risicoprofiel, het maken van de risicoschatting, het geven van leefstijladviezen, het verzorgen van de H-MIS en het uitvoeren van het controlebeleid binnen de verschillende modules. De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor de praktijkondersteuner bij problemen. Het belang van een goede samenwerking tussen de praktijkondersteuner en de huisarts is daarom groot. Een goede communicatie en afstemming tussen beide zorgverleners wordt daarom aanbevolen. In het kader van de communicatie met de tweede lijn wordt tevens aangeraden dat de praktijkondersteuner en de huisarts hierover afspraken maken.

4.4.3 De doktersassistent

Een doktersassistent in een huisartsenpraktijk heeft een ondersteunende rol ten aanzien van het spreekuur van de huisarts en de praktijkondersteuner. Tot het takenpakket van de doktersassistent behoren de administratie van recepten, het uitvoeren van venapuncties, het uitvoeren van ECG's en het maken en/of wijzigen van afspraken voor vervolgconsulten.

4.4.4 De specialist

De internist- vasculair geneeskundige verleent op consultbasis zorg aan patiënten binnen de behandelmodule hypertensie en de behandelmodule hyperlipidemie (ketenpoli vasculaire geneeskunde). Daarnaast kan de internist binnen deze behandelmodules door de huisarts worden ingeschakeld voor advies over de medicamenteuze behandeling van de patiënt.

De cardioloog speelt een belangrijke rol bij de interpretatie van ECG's. Bij 85% van de patiënten waarbij een ECG wordt uitgevoerd zal de cardioloog de ECG interpreteren en de huisarts hierover informeren en adviseren.

4.4.5 De diëtist

De diëtist speelt een belangrijke rol in de dieetadvisering van personen met overgewicht (generieke module gezond gewicht). Daarnaast kan de diëtist zo nodig worden ingeschakeld voor dieetadvisering bij mensen met hypertensie en/of hyperlipidemie (generieke module gezonde voeding).

4.5 De kwaliteitsindicatoren

In deze paragraaf zijn de kwaliteitsindicatoren van de ketenzorg HVZ beschreven. Kwaliteitsindicatoren bestaan zowel uit uitkomst- als procesindicatoren. Wat de uitkomstindicatoren betreft moet worden opgemerkt dat het normeren van uitkomstindicatoren niet wenselijk wordt geacht voor de ketenzorg HVZ. De uitkomsten worden namelijk voor een groot deel beïnvloed door activiteiten die niet toegeschreven kunnen worden aan de zorg, zoals de fysieke gesteldheid, het medicatiegebruik, de leefstijl en de leeftijd. Slechts een klein deel is daadwerkelijk toe te schrijven aan de geleverde zorg. De stichting RHZ beschouwt de uitkomstindicatoren dan ook als procesindicatoren met een prestatieverplichting.

De gegevens geregistreerd in MediX worden jaarlijks (en zo nodig vaker) geanalyseerd aan de hand van de kwaliteitsindicatoren. Hiermee wordt tevens beoogd uitspraken te kunnen doen over de opgestelde hypothesen (zie hoofdstuk 1). De kwaliteitsindicatoren werden opgesteld aan de hand van de set indicatoren vastgesteld door het platform Vitale Vaten (Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel III, Conceptlijst indicatoren, versie juni 2009, www.vitalevaten.nl) en de voorlopige minimale dataset voor cardiovasculair risico, vastgesteld door Zichtbare Zorg.[40] De indicatoren van het Platform Vitale Vaten en Zichtbare zorg zijn aangepast aan en aangevuld met indicatoren die specifiek voor deze ketenzorg relevant zijn. Een overzicht van de kwaliteitsindicatoren van de ketenzorg HVZ staat in tabel 18.

Tabel 18. Overzicht van de parameters, de registratievorm en de bijbehorende proces- en uitkomstindicator(en)

Nr	Parameter	Registratie	Procesindicator	Uitkomstindicator
	ALGEMEEN			
	Patiëntkarakteristieken			
	Patiëntnummer Geboortedatum Geslacht	uniek patiëntnummer dd/mm/jjjj m/v		
	Algemeen			
	Startdatum zorgtraject	dd/mm/jjjj		
	Einddatum zorgtraject	dd/mm/jjjj		
	Functies zorgverleners (de keten)			
	Opsporen en diagnosticeren			
	Inclusie ketenzorg HVZ		- Aantal patiënten die via het spreekuur in de ketenzorg is terecht gekomen - Aantal patiënten die via het HIS in de ketenzorg is terecht gekomen - Aantal patiënten die via de 2^e lijn in de ketenzorg is terecht gekomen - Aantal patiënten waarbij de inclusiecriteria voor de ketenzorg HVZ is geregistreerd - Aantal patiënten met een HVZ - Aantal patiënten met RA - Systolische bloeddruk > 140 mmHg - Totaal cholesterol $\geq$ 6,5 mmol/l	
	SCORE risicofunctie		Aantal patiënten waarbij de risicofunctie is berekend	
	Informatie		Aantal patiënten dat informatie kreeg over relevante aspecten van VRM, dat wil zeggen de risicofactoren die voor deze patiënt van toepassing zijn	
	Motivatie		Aantal patiënten waarbij de motivatie tot gedragsverandering werd nagegaan en ondersteund	
	Behandeltraject			
	Basismodule VRM		Aantal patiënten dat de jaarcontrole binnen de basismodule VRM heeft gekregen	

	Behandelmodule hypertensie		• Aantal patiënten dat de behandelmodule hypertensie volgt/ heeft gevolgd • Aantal patiënten waarbij in het kader van de aanvullende diagnostiek de lab waarden zijn bepaald • Aantal patiënten waarbij in het kader van de aanvullende diagnostiek een ECG is uitgevoerd • Aantal patiënten waarbij de inclusiecriteria voor de behandelmodule hypertensie zijn geregistreerd	
	Behandelmodule hyperlipidemie		• Aantal patiënten dat de behandelmodule hyperlipidemie volgt/ heeft gevolgd • Aantal patiënten waarbij de inclusiecriteria voor de behandelmodule hyperlipidemie zijn geregistreerd	
	Generieke module stoppen met roken		• Aantal patiënten dat de generieke module stoppen met roken volgt/ heeft gevolgd • Aantal patiënten waarbij de inclusiecriteria voor de generieke module stoppen met roken zijn geregistreerd • Aantal patiënten dat de H-MIS volgt/ heeft gevolgd • Aantal patiënten waarbij leefstijlbegeleiding via internet werd ingezet	
	Generieke module gezonde voeding		• Aantal patiënten dat de generieke module gezonde voeding volgt/ heeft gevolgd • Aantal patiënten waarbij de inclusiecriteria voor de generieke module gezonde voeding zijn geregistreerd	
	Generieke module gezond gewicht		• Aantal patiënten dat de generieke module gezond gewicht volgt/ heeft gevolgd • Aantal patiënten waarbij de inclusiecriteria voor de generieke module gezond gewicht zijn geregistreerd • Aantal patiënten dat werd begeleid door de diëtist • Aantal patiënten waarbij leefstijlbegeleiding via internet werd ingezet	

	ZORGINHOUELIJKE INDICATOREN BIJ PATIENTEN MET BEKEND HVZ			
	Praktijkpopulatie			
	Bekend met HVZ		Aantal patiënten bekend met HVZ (coronaire hartziekte, TIA/CVA of perifeer arterieel vaatlijden)	
	Jaar van diagnosticeren HVZ	jjjj		
	Risicofactoren			
	Bloeddruk		- Aantal patiënten bekend met HVZ bij wie de bloeddruk in de afgelopen 12 maanden is bepaald - Aantal patiënten bekend met HVZ en systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg dat een antihypertensiva kreeg voorgeschreven	- Aantal patiënten bekend met HVZ met systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg - Aantal patiënten bekend met HVZ met systolische bloeddruk > 140 mmHg
	Start datum antihypertensiva	dd/mm/jjjj		
	LDL-cholesterol		- Aantal patiënten bekend met HVZ bij wie LDL-cholesterol is bepaald - Aantal patiënten bekend met HVZ én LDL $> 2,5$ mmol/l die een lipidenverlagend medicament krijgen voorgeschreven	- Aantal patiënten bekend met HVZ met LDL-cholesterolwaarde $\leq 2,5$ mmol/l - Aantal patiënten bekend met HVZ met LDL-cholesterolwaarde $> 2,5$ mmol/l
	Start datum lipidenverlagend medicament	dd/mm/jjjj		
	Medicatie		Aantal patiënten bekend met HVZ dat antistollingsmiddelen of plaatjesaggregatieremmers krijgt voorgeschreven (acetylsalicylzuur, carbasalaat calcium, acenocoumarol, clopidogrel enzovoorts)	
	Rookgedrag		- Aantal patiënten bekend met HVZ waarvan het rookgedrag bekend is - Aantal rokende patiënten bekend met HVZ met advies stoppen met roken in de groep patiënten die roken	- Aantal patiënten dat rookt - Aantal patiënten dat voorheen heeft gerookt - Aantal patiënten dat nooit heeft gerookt
	BMI		Aantal patiënten bekend met HVZ bij wie de BMI berekend (bekend) is	- Aantal patiënten bekend met HVZ bij wie de BMI < 25 kg/m² - Aantal patiënten bekend met HVZ bij wie de BMI ≥ 25 kg/m²

	Middelomtrek bepaling		Aantal patiënten bekend met HVZ waarbij de middelomtrek ooit is gemeten	- Aantal patiënten bekend met HVZ bij wie de middelomtrek < 88 cm (vrouwen) / < (102 mannen) - Aantal patiënten bekend met HVZ bij wie de middelomtrek ≥ 88 cm (vrouwen) / ≥ (102 mannen)
	Compleet risicoprofiel		Aantal patiënten bekend met HVZ met een compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, middelomtrek, bloeddruk, glucose, LDL)	
	ZORGINHOUELIJKE INDICATOREN BIJ PATIENTEN MET EEN MOGELIJK VERHOOGD RISICO OP HVZ			
	Praktijkpopulatie			
	Risicofunctie		Aantal patiënten waarbij de risicofunctie is berekend	- Aantal patiënten met een 10 jaarsrisico op sterfte 0 - 10% - Aantal patiënten met een 10 jaarsrisico op sterfte 10 - 20% - Aantal patiënten met een 10 jaarsrisico op sterfte ≥ 20%
	Jaar van de risico berekening	jjjj		
	Risicofactoren			
	Bloeddruk		- Aantal patiënten bij wie de bloeddruk in de afgelopen 12 maanden is bepaald - Aantal patiënten bekend met de diagnose hypertensie - Aantal patiënten bekend met de diagnose hypertensie dat een antihypertensiva kreeg voorgeschreven	- Aantal patiënten bekend met een systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg - Aantal patiënten bekend met een systolische bloeddruk > 140 mmHg
	Start datum antihypertensiva	dd/mm/jjjj		
	LDL-cholesterol		- Aantal patiënten bij wie het LDL-cholesterol is bepaald - Aantal patiënten bekend met de diagnose hyperlipidemie - Aantal patiënten bekend met de diagnose hyperlipidemie dat een lipidenverlagend medicament kreeg voorgeschreven	- Aantal patiënten bekend met een LDL-cholesterolwaarde ≤ 2,5 mmol/l - Aantal patiënten bekend met een LDL-cholesterolwaarde > 2,5 mmol/l
	Start datum lipidenverlagend medicatie	dd/mm/jjjj		

	Rookgedrag		- Aantal patiënten waarvan het rookgedrag bekend is - Aantal rokende patiënten met advies stoppen met roken in de groep patiënten die roken	- Aantal patiënten dat rookt - Aantal patiënten dat voorheen heeft gerookt - Aantal patiënten dat nooit heeft gerookt
	BMI		Aantal patiënten bij wie de BMI berekend (bekend) is	- Aantal patiënten bij wie de BMI < 25 kg/m² - Aantal patiënten bij wie de BMI ≥ 25 kg/m²
	Middelomtrek bepaling		Aantal patiënten waarbij de middelomtrek ooit is gemeten	- Aantal patiënten bij wie de middelomtrek < 88 cm (vrouwen) / < (102 mannen) - Aantal patiënten bij wie de middelomtrek ≥ 88 cm (vrouwen) / ≥ (102 mannen)
	Basisrisicoprofiel		Aantal patiënten met basisrisicoprofiel (rookstatus, systolische bloeddruk, LDL) in de groep met mogelijk verhoogd risico	
	Compleet risicoprofiel		Aantal patiënten met een compleet risicoprofiel (rookstatus, voeding, beweging, alcoholgebruik, BMI, middelomtrek, bloeddruk, glucose, LDL)	
	ZELFMANAGEMENT			
	Zelfcontrole			
	Zelfcontrole bloeddruk	Ja/nee	Aantal patiënten die de bloeddruk zelf controleert	
	Zelfcontrole glucose	Ja/nee	Aantal patiënten die het glucosegehalte zelf controleert	
	Medicatiegebruik	Ontrouw of Wisselend of Trouw		Aantal patiënten die de medicatie conform voorschrijfbeleid (trouw) inneemt
	Clientgerichtheid			
	Patiënttevredenheid	Bijvoorbeeld PACIC	- Aantal patiënten die in aanmerking komen voor het invullen van de vragenlijst - Aantal patiënten bij wie de vragenlijst is afgenomen	Aantal patiënten tevreden over de HVZ zorg in het algemeen
	Kwaliteit van leven		- Aantal patiënten die in aanmerking komen voor het invullen van de vragenlijst - Aantal patiënten bij wie de vragenlijst is afgenomen	Aantal patiënten dat kwaliteit van leven minstens als voldoende beschouwd

	EINDPUNTEN			
	Reden beëindiging zorgtraject		Aantal patiënten waarbij de reden voor het beëindigen van het zorgtraject is geregistreerd	
	Verwijzingen naar zorg buiten de ketenzorg HVZ		- Aantal patiënten dat werd doorverwezen naar zorg buiten de ketenzorg HVZ - Aantal patiënten waarbij de verwijscriteria zijn geregistreerd	
	Overlijden ten gevolge van HVZ	Ja /nee		Aantal overleden patiënten ten gevolge van HVZ

Literatuurlijst

1. Vaartjes, I., et al., *Hart- en vaatziekten in Nederland*, in *Hart- en vaatziekten in Nederland 2009, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*, I. Vaartjes, et al., Editors. 2009, Nederlandse Hartstichting: Den Haag.
2. NHG, *Zorg voor patiënten met een veel voorkomende chronische aandoening in de eerste lijn: Uitwerking Cardiovasculair Risicomanagement*. 2007, Nederlands Huisartsen Genootschap.
3. De Hollander, A.E.M., et al., *Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. 2006, RIVM: Bilthoven.
4. RIVM. *Kosten van Ziekten*. 2008 26 juni 2008; versie 1.1:[Available from: <http://www.kostenvanziekten.nl>].
5. Vaartjes, I., et al., *Hart- en vaatziekten in Nederland 2007, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte*. 2007, Nederlandse Hartstichting Den Haag.
6. NHG, *NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement*. 2007, Nederlands Huisartsen Genootschap.
7. CBO and NHG, *Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement 2006*. 2006, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlands Huisartsen Genootschap: Utrecht.
8. CBO and NHG, *Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (herziening 2011)*. 2011, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Nederlands Huisartsen Genootschap Utrecht.
9. Platform Vitale Vaten, *Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement 2008*, Platform Vitale Vaten: Den Haag.
10. Wagner, E.H., B.T. Austin, and M. Von Korff, *Organizing care for patients with chronic illness*. *Milbank Q*, 1996. **74**(4): p. 511-44.
11. Duimel-Peeters, I.G.P. and G.J.C. Schulp, *Beleidsdocument Diamand 2007: DIAbeteszorggroep MAAstricht HeuvellAND: Eerstelijns keten-DBC ontwikkeling voor Diabetes Mellitus 2007*, Stichting Regionale Huisartsenzorg Heuvelland: Maastricht.
12. Nederlandse Zorgautoriteit, *Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR)*, in *Beleidsregel CV-7000-5.0-1*, N. Zorgautoriteit, Editor. 2010.
13. Beusmans, G., H. Crebolders, and J. Van Ree, *Zorg voor chronisch zieken: Praktijkverpleegkundigen breed inzetten*. *Medisch Contact*, 2001. **56**(7): p. 259-62.
14. Grol, R., M. Wensing, and M. Eccles, *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. 2005, London: Elsevier.
15. Mulder, M., *Bevolkingsgroei per gemeente 2003-2007*, in *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. 2009, RIVM: Bilthoven.

16. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Bevolking krimpt in helft van gemeenten*. Webmagazine, 2007.
17. Mulder, M., *Bevolkingsgroei per gemeente 2009-2025*. , in *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. 2009, RIVM: Bilthoven.
18. Provincie Limburg, *Limburgmonitor 2007*. 2007, Provincie Limburg: Maastricht.
19. Platform Vitale Vaten, *Voorlopige zorgprofielen vasculair risicomanagement*. 2010, Casemix: Utrecht.
20. NIVEL. *Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg*.
21. Bodenheimer, T., et al., *Patient self-management of chronic disease in primary care*. JAMA, 2002. **288**(19): p. 2469-75.
22. Coördinatieplatform Zorgstandaarden, *Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. 2010, ZonMw: Den Haag.
23. De Backer, G., et al., *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice*. Eur Heart J, 2003. **24**(17): p. 1601-10.
24. Kroes, M.E., et al., *Van preventie verzekerd*. 2007, College voor Zorgverzekeringen: Diemen.
25. Thomas, S., E.P. Walma, and H.J.C.M. Pleumeekers, *Primaire preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk: geen tijd voor grote veranderingen*. Huisarts Wet, 2004. **47**(10): p. 444-8.
26. Gezondheidsraad, *Jaarbericht Bevolkingsonderzoek 2006*. 2006.
27. NHG, *NHG-standpunt over medische check-ups bij mensen zonder klachten*. 2006, Nederlands Huisartsen Genootschap: Utrecht.
28. Nederlandse Hartstichting. *Hart voor mensen*. 20 februari 2007; Available from: www.hartstichting.nl/zorgverleners.
29. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie and Nederlandse Hartstichting, *Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011*. 2011, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie en de Nederlandse Hartstichting: Utrecht.
30. Chavannes, N.H., et al., *NHG-Standaard Stoppen met roken*. Huisarts Wet, 2007. **50**(7): p. 306-14.
31. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, *Concept richtlijn behandeling van tabaksverslaving; herziening 2009*. 2009, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Partnership Stop met Roken / STIVORO: Utrecht.
32. Voedingscentrum. *Folder 'Eet gezond! Schijf van vijf'*. Available from: www.voedingscentrum.nl
33. Stichting RHZ, *Eerstelijns ketenzorg voor de geestelijke gezondheidszorg 2010*. 2010, Stichting RHZ: Maastricht.

34. Grundmeijer, H.G.L.M., et al., *NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct*. Huisarts Wet, 2005. **48**(5): p. 220-31.
35. STIVORO, *Stoppen met roken met behulp van de huisartsenpraktijk*. 2006, STIVORO: Den Haag.
36. Academisch ziekenhuis Maastricht, *Richtlijnen controletermijnen en ontslagregels polikliniek cardiologie*, academisch ziekenhuis Maastricht: Maastricht.
37. Academisch ziekenhuis Maastricht, *Zorglijn ischemisch hartlijden. Cardiozorg hartrevalidatie*. oktober 2008, academisch ziekenhuis Maastricht: Maastricht.
38. VGZ, *Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige zorg 2010 (HA-10_B4b)*. 2010, VGZ (www.vgz.nl).
39. Voogdt-Pruis, H.R., et al., *Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial*. Br J Gen Pract, 2010. **60**(570): p. 40-6.
40. Zichtbare Zorg, *Zichtbare Zorg chronische zorg, voorlopige minimale datasets voor diabetes type II, COPD en CVR*. 2009.
41. National Collaborating Centre for Chronic Conditions, *Hypertension: management in adults in primary care: pharmacological update*. 2006, Royal College of Physicians: London.

Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht werkgroepen

Leden van de werkgroep ketenzorg hart- en vaatziekten (2013)

- Dhr. dr. G. Beusmans, huisarts, gezondheidscentrum de Hofhoek, Maastricht
- Mw. W. Engering, adviseur praktijkondersteuning, ZIO
- Mw. drs. M. Frederix, coördinator chronische zorg, ZIO
- Dhr. Prof. Dr. T. Gorgels, cardioloog, MUMC+
- Mw. dr. A.R. Huizing, coördinator chronische zorg, ZIO
- Mw. A. Kerkhofs – Kuiper, praktijkondersteuner, huisartsenpraktijk Meerssen
- Mw. dr. K. Konings, kaderhuisarts HVZ, Maastricht
- Dhr. dr. A.A. Kroon, internist - vasculair geneeskundige, MUMC+
- Mw. P. Paulus, Manager Voedingsvoorlichting en dieetadvisering, stichting GroenekruisDomicura
- Dhr. Prof. Dr. N. Schaper, internist – endocrinoloog, MUMC+
- Dhr. R. Willemsen, kaderhuisarts HVZ, Maastricht

Op consultbasis

- Mw. L. Hager, kwaliteitscoördinator, stichting RHZ
- Dhr. dr. G.J.C. Schulpen, medisch directeur, stichting Regionale Huisartsenzorg Heuvelland
- Dhr. dr. G.W.H. Schurink, vaatchirurg, MUMC+
- Dhr. W.J.C.H. Strik, fysiotherapeut en voorzitter Fy'net, Maastricht
- Mw. dr. M. Voorend, neuroloog, MUMC+

Leden van de klankbordgroep huisartsen ketenzorg hart- en vaatziekten

- Dhr. drs. P. Castermans, huisarts, gezondheidscentrum van Kleef, Maastricht
- Dhr. drs. M. Nio, huisarts, huisarts, Eijsden
- Dhr. drs. M.P.J.M. Peeters, huisarts, gezondheidscentrum Heer, Maastricht
- Dhr. drs. G. Reitz, huisarts, medisch centrum Mosae Forum, Maastricht
- Mw. drs. P. Schunck, huisarts, Margraten
- Dhr. drs. J. van Sint Fiet, huisarts, gezondheidscentrum Heerderrein, Maastricht

Cliëntenparticipatie

De cliëntenparticipatie werd in samenwerking met Huis voor de Zorg en stichting Therapeutisch Sporten regio Maastricht (TSrM) vormgegeven. De cliënten waren allemaal lid van de stichting TSrM.

Bijlage 2 Medicamenteuze behandeling hypertensie

Bron: National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2006[41]

Aanbevelingen bij figuur 1 (bladzijde 46)

- R1** In hypertensive patients aged 55 or over, or black* patients of any age, the first choice for initial therapy should be either a calcium-channel blocker or a thiazide-type diuretic. **A**
- R2** In hypertensive patients younger than 55, the first choice for initial therapy should be an ACE inhibitor**. **C**
- R3** If initial therapy was with a calcium-channel blocker or a thiazide-type diuretic and a second drug is required, add an ACE inhibitor*. If initial therapy was with an ACE inhibitor*, add a calcium-channel blocker or a thiazide-type diuretic. **B**
- R4** If treatment with three drugs is required, the combination of ACE inhibitor**, calciumchannel blocker and thiazide-type diuretic should be used. **B**
- R5** If blood pressure remains uncontrolled on adequate doses of three drugs, consider adding a fourth and/or seeking expert advice. **C**
- R6** If a fourth drug is required, one of the following should be considered: **C**
- a higher dose of a thiazide-type diuretic or the addition of another diuretic (careful monitoring is recommended) or
 - beta-blockers or
 - selective alpha-blockers.
- R7** If blood pressure remains uncontrolled on adequate doses of four drugs and expert advice has not yet been obtained, this should now be sought. **C**
- R8** Beta-blockers are not a preferred initial therapy for hypertension. However, beta-blockers may be considered in younger people, particularly: **B**
- those with an intolerance or contraindication to ACE inhibitors and angiotensin-II receptor antagonists or
 - women of child-bearing potential or
 - patients with evidence of increased sympathetic drive.
- In these circumstances, if therapy is initiated with a beta-blocker and a second drug is required, add a calcium-channel blocker rather than a thiazide-type diuretic to reduce the patient's risk of developing diabetes. **C**
- R9** In patients whose blood pressure is not controlled (ie over 140/90 mmHg) despite a treatment regimen including a beta-blocker, treatment should be revised according to the treatment algorithm (see Figure 2) **C**

- R10** In patients whose blood pressure is well-controlled (ie 140/90 mmHg or lower) with a regimen which includes a beta-blocker, long-term management should be considered as part of their routine review. In these patients, there is no absolute need to replace the beta-blocker with an alternative agent. **C**
- R11** When a beta-blocker is withdrawn, the dose should be stepped down gradually. Beta-blockers should not be withdrawn in patients with compelling indications for beta-blockade, for example those who have symptomatic angina or who have had a myocardial infarction. **C**

Bijlage 3 De toepassing van een ABPM, 24-uurs bloeddrukmeter

Installeren van de software

De bijgeleverde installatiediskette kan op elke pc of laptop worden geïnstalleerd. Volg de aangegeven instructies op het beeldscherm.

Aankoppelen van de ABPM

Plan een afspraak voor het aankoppelen van de ABPM met een hiervoor geïndiceerde patiënt en reserveer 15 minuten op je spreekuur. Vermeld bij het maken van de afspraak ook de datum en het tijdstip van afkoppelen. Reserveer eveneens tijd voor het afkoppelen in je agenda. Instrueer de patiënt dat hij/zij 24 uur niet kan douchen en dat ze makkelijk dragende kleding aan doen.

- Koppel ABPM aan pc en klik het programma aan
- Voer de naam en geboortedatum van de patiënt in
- Installeer de bloeddrukmeter
- Wis alle gegevens van de vorige patiënt
- Vraag naar de tijd van opstaan en naar bed gaan aan en voer dit in.
- Bij "interval" wordt de tijdsinterval van elke meting ingevoerd. Standaard is het de bedoeling om overdag de metingen om de 15 minuten en 's nachts om de 30 minuten de laten uitvoeren. De hoogte van de maximale druk wordt veelal op automatisch gezet en kan indien gewenst veranderd worden.
- Pas als installeren voltooid is, pc en ABPM ontkoppelen.
- Vraag de patiënt de hoogst gemeten arm (is bekend na basisconsult ketenzorg HVZ) helemaal vrij te maken om de manchet goed te kunnen plaatsen. Gebruik een passende manchet, plaats de manchet circa 2 cm boven de elleboogplooï en neem bij een range van 25-33 cm voor de omtrek van de bovenarm een manchet adult en bij een omtrek van 33-40 een adult plus
- Gebruik eventueel tubigrip onder de manchet voor hygiëne en gemak voor patiënt
- Doe de riem om de middel en de ABPM in het zakje
- Koppel de slang van de manchet aan de ABPM
- Zorg dat de slang zo aangenaam mogelijk via de rug wordt weggewerkt
- De manchet eenmalig handmatig op laten pompen; dit is een test meting
- Geef de patiënt instructies mee voor thuis
- Instrueer de patiënt
 - o om alle dagelijkse dingen te doen, zoals hij/zij altijd doet
 - o tijdens de meting de arm stil houden, anders is de registratie niet mogelijk en blijft hij oppompen
 - o om te zorgen dat de ABPM en manchet niet nat worden

- o In het bijgeleverde dagboekje op t schrijven wat hij/zij doet
 - Noteer tijdstip van opstaan en naar bed gaan, ook een middagslaapje.
 - Noteer inname van medicatie.
 - Noteer tijdstip van eten (ontbijt, lunch, diner)
 - Noteer lichamelijke inspanningen
- o 's Nachts kan de ABPM van de middel worden losgemaakt en de meter naast het kussen worden gelegd, zodat de patiënt het minst last heeft van de slang.
- o Bij opstaan de ABPM weer opnieuw aan middel bevestigen.
- o Op de afgesproken tijd de ABPM inleveren.

Afkoppelen van de bloeddrukmeter

- Koppel manchet en ABPM af
- Sluit de ABPM aan de pc
- Roep de naam en geboortedatum van de patiënt op
- Importeren meetwaardes
- Sla de gegevens op
- Reinig de manchet en band (eventueel ook zakje) met warm water
- Vervang na iedere patiënt de batterijen