

Handleiding inclusie en exclusie criteria CVRM ketenzorg Medrie

In dit document leest u hoe u het eenvoudigst de patiëntenpopulatie in beeld kunt brengen en aan welke voorwaarden er voldaan moet worden om deel te kunnen nemen aan de CVRM keten.

Inclusie en exclusie criteria

Voor de inclusie en exclusie criteria voor CVRM ketenzorg maken we gebruik van de leidraad "Selectie van CVRM patiënten voor inclusie in een zorgprogramma CVRM" van InEen.

Leidraad "Selectie van CVRM patiënten voor inclusie in een zorgprogramma CVRM"

Aanleiding:

- Grote variatie in inclusie percentage patiënten in het zorgprogramma cardiovasculair risicomanagement (verhoogd vasculair risico (VVR)/hart- en vaatziekten (HVZ)) tussen de zorggroepen in Nederland.
- Nieuwe NHG standaard Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) met verandering van indeling in primaire en secundaire preventie naar laag/matig risico, hoog risico (HR) en zeer hoog risico (ZHR). Nieuwe SCORE-tabel.
- Nieuwe set inclusie en exclusie criteria van InEen tot stand gekomen in samenspraak met het NHG, vertegenwoordigers van de HartVaathAG en zorgverzekeraars/ZN.

Inleiding:

In dit document vindt u een werkwijze voor juiste inclusie en dossieronderzoek bij CVRM patiënten. Er zijn twee groepen patiënten:

- nieuwe CVRM patiënten: hierbij wordt gebruik gemaakt van de herziene inclusie criteria
- reeds opgenomen patiënten in het zorgprogramma cardiovasculair risicomanagement (CVRM): wij adviseren bij deze patiënten tijdens de jaarcontrole kritisch te bekijken of hij/zij nog steeds voldoet aan de inclusiecriteria (zie werkwijze)

Inclusiecriteria:¹

CVRM: (zeer) hoog risico:

Inclusiecriteria:

- ≥ 18 jaar en < 70 jaar EN minimaal één (1) van de onderstaande criteria:

¹ Gebaseerd op de herziene versie van de [Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement \(CVRM\)](#).

- Indicatie voor medicamenteuze behandeling (C02, C03, C07, C08 en/of C09) bij hypertensie (K86, K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T 93) volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)²
- Matig of ernstige chronische nierschade
- K74 angina pectoris (incl subcategorien instabiele AP en stabiele AP)
- K75 acuut myocardinfarct
- K76 ischemische hartziekte (IHZ)
- K76.01 Coronairsclerose (symptomatisch)
- K76.02 myocardinfarct (> 4 weken geleden)
- K89 Retinalis trombose (zien we als TIA)
- K89 TIA
- K90.02 Intracerebrale bloeding
- K90.03 Cerebraal infarct
- K91 atherosclerose (symptomatisch)³
- K92.01 PAV/ claudicatio intermittens
- K99.01 Aneurysma aortae
- ≥ 70 jaar EN
- Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen⁴
(de kwetsbaarheid te bepalen door huisarts en patiënt gezamenlijk)

² Volgens de herziene versie van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is sprake van een indicatie voor medicamenteuze behandeling bij hypertensie en/of hypercholesterolemie bij minimaal één (1) van de onderstaande criteria:

- Berekende SCORE* op sterfte door HVZ ≥5% en <10, hoog risico**
- Berekende SCORE* op sterfte door HVZ ≥10%, zeer hoog risico
- Totaal Cholesterol (TC) >8 mmol/l en/of Systolische Bloeddruk (SBD) ≥180mmHg

* Bij patiënten voor wie de SCORE-tabel niet geschikt is kunnen alternatieve risicoscores worden gebruikt om de informatievoorziening en besluitvorming te faciliteren. (zie tabel 3 in de CVRM richtlijn op de NHG website die hier voorbeelden van geeft). (opmerking: Alternatieve scoretabelen zijn alleen voor risicocommunicatie met patiënt, niet voor het bepalen van behandelstrategie, daarvoor alleen tabel 1 en risico op sterfte in SCORE, en addendum voor 70+)

** Volgens de nieuwe richtlijn multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement dient bij een risico op sterfte door HVZ ≥5% en <10% medicatie te worden overwogen. Volgens de internationale GRADE-systematiek voor het ontwikkelen van richtlijnen wordt het begrip 'overweeg' alleen gebruikt als uit onderzoek blijkt dat er van sprake is van 'redelijk bewijs'. Dit betekent in de praktijk dat er bij de term 'overweeg' volgens de richtlijn sprake is van een 'indicatie voor medicatie'.

³ Een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie (zie de herziene versie van de [richtlijn Cardiovasculair risicomanagement \(CVRM\)](#)).

⁴ Bij personen > 70 jaar wordt de SCORE niet bepaald. Inclusie in ketenzorg programma is afhankelijk van kwetsbaarheid, aanwezige ziekte en/of risicofactoren. Het addendum voor ouderen maakt deel uit van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement.

Exclusiecriteria

- Patiënt die in het zorgprogramma voor Diabetes Mellitus type 2 (DM2) zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen.

Werkwijze controle op inclusie van patiënten die reeds zijn opgenomen in het zorgprogramma CVRM:

Bij de (jaar- of tussentijdse) controle wordt bekeken of een patiënt terecht in het zorgprogramma/DBC CVRM zit.

Onderstaand stroomschema kan hiervoor doorlopen worden:

- Leeftijd < 18 jaar → niet zorgprogramma CVRM
- Is de patiënt geïncludeerd in zorgprogramma DM2 of → niet in zorgprogramma CVRM
- Is er sprake van een hart- en vaatziekte HVZ? (zie ICPC-codes in de tabel met inclusiecriteria) en is huisarts hoofdbehandelaar? → Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor zorgprogramma CVRM
- Matig of ernstige chronische nierschade → Hoog Risico/Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor zorgprogramma CVRM
- Ga bij patiënten met VVR na of destijds de diagnose terecht is gesteld en de medicamenteuze behandeling terecht is gestart, maak hierbij de klinische inschatting of de patiënt (nog) in aanmerking zou komen voor opname in het zorgprogramma CVRM met gebruik van de SCORE-tabel. Bij twijfel of de patiënt destijds terecht gestart is met medicatie overweeg medicatie te stoppen en een SCORE op te maken om te zien of behandeling geïndiceerd is. Als dit niet het geval is het zorgprogramma CVRM beëindigen.
- Bij patiënten ≥ 70 jaar gelden de criteria uit het addendum ouderen. → Heroverweeg medicatie en opname in het zorgprogramma CVRM

Conclusie:

- SCORE op sterfte door HVZ tussen $\geq 5\%$ en $< 10\%$ → Hoog Risico → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM
- SCORE op sterfte door HVZ $\geq 10\%$ → Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM
- > 70 jaar en volgens addendum indicatie medicatie → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is, komen in aanmerking voor het zorgprogramma CVRM. Vervolgens checkt de huisarts/POH op generieke inclusie- en exclusiecriteria en neemt samen met de patiënt het besluit te includeren in het zorgprogramma nadat de patiënt over de zorgverlening geïnformeerd is en de bereidheid en motivatie voor deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma is getoetst.

Afspraken Medrie

De zorg voor mensen met een hoog en zeer hoog cardiovasculair risicoprofiel wordt uitgevoerd volgens de NHG-Standaard CVRM 2019.

1. Uitvoering van VRM-zorg

VRM-zorg wordt uitgevoerd door praktijkondersteuner/huisarts die bevoegd of bekwaam is en kan daarbij ondersteund worden door de doktersassistente.

Men is bevoegd door: Het volgen van de adequate (bij)scholing m.b.t. VRM en aanverwante aandoeningen.

Bekwaam door: Voldoende patiënten te begeleiden die vallen binnen de VRM-keten.

2. Registratie

In Portavita kunt u zowel bij de jaar- als tussentijdse controle het risico invullen via de tab 'Risicocategorie':



Vul dit voor het eind van het jaar voor elke VRM patiënt in. Zo is aan het eind van 2020 inzichtelijk hoeveel patiënten er per risicocategorie zijn geïncludeerd.

Zie ook punt 3 van het [opleverdocument](#)

3. Frequentie controle en financiering

Om in aanmerking te komen voor financiering via de CVRM keten moet de patiënt minimaal één keer per jaar gezien worden door de praktijkondersteuner/huisarts voor het CVRM en het consult moet geregistreerd worden in Portavita.

4. Inclusiepercentage

Volgens de afspraken met het Zilveren Kruis is voor 2020 de maximale inclusie voor de CVRM keten 9% van de totale patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk.

5. Vergoeding ketenzorg

De stoppen-met roken-begeleiding, 24 uren bloeddrukmeting, diëtetiek en consulten door de huisartsenpraktijk worden vanuit de ketenvergoeding gefinancierd en mogen voor geïnccludeerde patiënten niet apart gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.

6. Consultatie tweede lijn via Portavita

Digitale consultatie van de tweede lijn in Portavita is mogelijk met de internist en de cardioloog.

Tips

1. Er is door de NHG een Praktische handleiding bij de NHG-Standaard CVRM (2019) geschreven. Deze is te vinden via onderstaande link:
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/praktische_handleiding_bij_de_nhg-standaard_cvrn_2019.pdf
2. In 2019 is er scholing gegeven over de nieuwe NHG standaard. Per praktijk ontvangt u binnenkort ook nog het boek 'CVRM in de huisartsenpraktijk'.