

Cardiovasculair Risicomanagement

huisartsengroep  a.c.e. cv

Cardiovasculair Risicomanagement

HUISARTSENPRAKTIJKENCOÖPERATIE ACE TE ZWOLLE

Huisartsenpraktijken Vrijheid	Oosterhout R., Vries de M. Lange de A. Broers A., Groot de E., Schouwink M., van der Wal C. (Appeltern)
Turfmarkt Turfmarkt	Broeren M., Dijk H., Hartman C., Post H.
De Fenix Lijnbaan	Jansen T., Lemmens J., Segers W.
CentrumZorg Van Karnebeekstraat	Roessink M., Vellinga A. Jonge de J.

WERKGROEP

Praktijkondersteuners:
Borger T., Ling van A., Visser E.
Huisartsen:
Hoekstra B., Lemmens J.

2013

CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT, CVRM

2013 HUISARTSENPRAKTIJKENCOÖPERATIE ACE TE ZWOLLE

1.	Inleiding	4
2.	Doel	5
3.	Doelgroepen	6
4.	Taakverdeling	7
5.	Rapportage en registratie	7
6.	Opzet cardiovasculair risico spreekuur	10
7.	Consulten	13
7.1	Follow-up, planning	13
7.2	Risico-inventarisatie poh	14
7.3	Follow-up, tussentijdse controle ass	15
7.4	Follow-up, tussentijdse controle poh	16
7.5	Follow-up, 1-3 jaarlijks poh	16
7.6	Follow-up, consult ha	17
7.7	Diagnostiek hypertensie ass	18
8.	Richtlijnen behandeling	19
8.1	Interpretatie risicoschatting	19
8.2	Niet-medicamenteuze behandeling	20
8.3	Behandeling hypertensie patiënten zonder HVZ,DM of RA	21
8.4	Behandeling hypercholesterolaemie	22
8.5	Behandeling patiënten met HVZ	23
8.6	Voorkeursmedicatie behandeling hypertensie	24
8.7	Algemene regels medicamenteuze behandeling	25
9.	Laboratoriumonderzoek	26
10.	Verwijzing cardiovasculair risico spreekuur 2 ^{de} lijn	27
11.	Alarmsymptomen, redenen voor direct overleg arts	27
12.	ICPC-codes	28
13.	Medicatiegroepen	28
14.	Bronvermelding	28

Bijlagen:

1. Informatiebrief voor het hart- en vaatrisicospreekuur.
2. Affiche oproep risicoprofiel.
3. Achtergrondinformatie t.a.v. hvz
4. Stroomdiagrammen “toevallig gemeten verhoogde SBD” en “diagnostiek hypertensie”
5. Risicotabel “10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ”.

CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT (CVRM)

Mei 2013

1. INLEIDING

Dit is het Protocol Cardiovasculair Risicomanagement van huisartsencoöperatie ACE te Zwolle.

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is de diagnostiek, behandeling en follow up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ), bij patiënten met een verhoogd risico op eerste of nieuwe manifestaties van HVZ.

Aanleiding voor het ontwikkelen van een gezamenlijk CVRM protocol was het verschijnen in 2006 van de nieuwe NHG-standaard en de Zwolse werkafpraak. Deze accentueren het belang van het gestructureerd managen van dit belangrijke onderwerp.

Ze deden realiseren dat er in de meeste praktijken hierin heel wat te verbeteren viel.

Bovendien blijft de huisarts, door in dezen een helder beleid te bieden, de regie houden over dit deel van de zorg.

Om niet in iedere praktijk afzonderlijk het wiel te moeten uitvinden, leek het goed om dit in coöperatieverband aan te pakken, waarbij gebruik gemaakt kon worden van elkaars inzichten en reeds bestaande afspraken. Er werd een werkgroep gevormd door de praktijkondersteuners en twee huisartsen van de bij ACE aangesloten praktijken.

Doel van het protocol is het optimaliseren van CVRM op huisartsenpraktijkniveau, geregisseerd door de praktijkondersteuner en onder supervisie en eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

In het protocol worden de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken praktijkmedewerkers (praktijkassistente, praktijkondersteuner en huisarts) en het proces van uitvoering en bewaking beschreven.

In het kader van de follow-up kwam de werkgroep na de totstandkoming van het eerste protocol in 2009 tweemaal per jaar bijeen. Nieuwe inzichten of ervaren knelpunten leidden tot aanpassingen.

De hoop bestond dat dit protocol een bijdrage zou leveren aan uniformiteit in werkwijze van de ACE-praktijken, kwaliteitsverbetering van ons handelen en plezier in het samenwerken. Terugkijkend kunnen we stellen dat deze doelstellingen zijn gehaald.

Voorliggend protocol CVRM is de herziene versie 2013, geënt op de multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. (2011)

2. DOEL

Het doel van dit protocol is het optimaliseren van diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ), inclusief leefstijladviezen en begeleiding, bij patiënten met (mogelijk) verhoogd risico op eerste of nieuwe manifestaties van HVZ.

Door:

- NHG standaard CVRM nadrukkelijk als leidraad te gebruiken
- diagnostiek, behandeling en follow up beter te protocolleren
- taken en verantwoordelijkheden praktijkassistente, praktijkondersteuner en huisarts te beschrijven.

Dit protocol is geen dwingend voorschrift maar bevat expliciete, zoveel mogelijk op evidence gebaseerde aanbevelingen en inzichten waarmee we kwalitatief optimale zorg kunnen leveren.

Omdat deze aanbevelingen gericht zijn op de “gemiddelde patiënt”, kan men op basis van individuele patiëntkenmerken zonedig afwijken van het protocol.

3. DOELGROEPEN

1. Patiënten zonder HVZ , DM II, of RA¹ echter met

- systolische RR \geq 140 mmHg.
- cholesterol totaal \geq 6,5 mmol/l.
- rokers \geq 50 jr
- gebruik van antihypertensiva en/ of statines
- belaste familie-anamnese (1ste graad HVZ < 65^{ste} levensjaar)
- bij allochtone bevolkingsgroepen (met name Hindoestanen)
- chronische nierschade (leeftijd < 65 jaar: eGFR < 60 ml/min; leeftijd \geq 65 jaar: eGFR < 45 ml/min en/of (micro)albuminurie.)

Andere aanleiding om bij patiënten een risicoprofiel aan te maken kan zijn

- klachten
- (zichtbaar) overgewicht,
- (post)menopauze (met name bij vrouwen die zwangerschapscomplicaties als DM, hypertensie en pre-eclampsie hebben doorgemaakt en vrouwen die voor hun 40ste levensjaar in de overgang zijn gekomen),
- personen in ploegendienst
- elders vastgesteld risico (bv. keuring, check)
- zelf de wens hebben tot nader onderzoek

2. Patiënten met HVZ , DM II of RA

Klinische manifestatie van door atherothrombotische processen veroorzaakte HVZ

- hartinfarct
- angina pectoris
- hartfalen
- herseninfarct
- TIA
- aneurysma aortae
- perifere arterieel vaatlijden (PAV)

Voor opsporing en screening van risicofactoren in de gehele praktijkpopulatie verwijzen we naar NHG standaard Preventieconsult.

Behandeling en follow-up van DM II patiënten dienen plaats te vinden volgens de **richtlijnen NHG standaard Diabetes Mellitus.**

¹ Reumatische artritis, Artritis psoriatica, Bechterew

4. TAAKVERDELING

Praktijkassistente (ass)

- Verwijzing van doelgroeppatiënten naar CVR-spreekuur van poh
- Alertheid t.a.v. continuïteit binnen de praktijk
- Maken van patiënt afspraken
- Consulten gericht op diagnostiek en controle

Praktijkondersteuner (poh)

- Verantwoordelijk voor continuïteit CVRM
- CVR- spreekuur gericht op risico-inventarisatie en -schatting naast voorlichting t.a.v. risico, leefstijl en therapietrouw
- Consulten gericht op behandeling en follow-up
- Verwijzing van complexe patiënten/co-morbiditeit naar jaarlijks consult ha

Arts (ha)

- Eindverantwoordelijk voor inhoud CVR- management
- Verwijzing van doelgroeppatiënten naar CVR- spreekuur van poh
- Consulten gericht op stellen van diagnose
- Controle complexe patiënten, die niet onder controle staan van poh
- Jaarcontrole patiënten met veel co-morbiditeit
- Supervisie ass; bespreking medicatie bijstelling, twijfelgevallen bespreken, zn werkafspraken bijstellen
- Supervisie poh; tijdens structureel overleg ha/poh (bespreken twijfelgevallen, terugkoppeling protocol, bijstellen werkafspraken etc.)

5. RAPPORTAGE en REGISTRATIE

SOEP

Bevindingen consult worden vastgelegd in Zorgdossier middels SOEP registratie:

- S subjectief: anamnese
- O objectief: (lichamelijk) onderzoek
- E evaluatie: (werk)diagnose (ICPC) en evt. verpleegkundige diagnose door poh
- P plan: gedane interventies (bv. voorlichting), beleid, controlefrequentie
- P (evt. extra P regel) opmerkingen van supervisor/ arts (bv. na overleg)

Episoderegistratie

- Ieder consult wordt gekoppeld aan een episode, bijvoorbeeld
A49 andere preventieve verrichtingen, CVRM,
A29 hypercholesterolaemie in familieanamnese,
K86 essentiële hypertensie zonder orgaanschade,
K87 hypertensie met orgaanschade etc.

Label

Keuze voor onderstaande labels is afhankelijk van instelling labelsoft en per praktijk.

- **RIGE** = risicoprofiel gewenst
- **RG+ specificatie** > doelgroeppatiënten door ha, ass of poh
= **R**isicoprofiel **G**ewenst + bv nieuwe doelgroep **RA** of jaartal **12** of nieuwe pat **NP**)
- **RIAA** (= risicoprofiel aangemaakt) - patiënten waarbij een risicoprofiel dan wel risicoschatting gemaakt is, door poh

(Mogelijkheid tot jaarlijks label aanmaken met jaartal RA12 (= jaarlijks risicoprofiel gedaan)

- **RNNI** (= risicoprofiel niet nodig), - bewust afzien van risico-inventarisatie door praktijk
- **RNSP** = Risicoprofiel door specialist
- **RNAR** = Risicoprofiel niet aangemaakt met andere reden, bv comorbiditeit, psychische problematiek
- **RNNG** = Risicoprofiel niet gewenst door patiënt

Meting Zorgdossier

- **“CVR- profiel”**, hierin worden de risicofactoren vastgelegd en wordt de risicoschatting en follow-up vermeld.
 - 1) glucose nuchter veneus
 - 2) hart-/vaatziekte (co-morbiditeit)
 - 3) coronair hartziekte in naaste familie < 65 jr.
 - 4) roken
 - 5) alcoholgebruik
 - 6) voeding
 - 7) lichaamsbeweging
 - 8) systolische bloeddruk
 - 9) diastolische bloeddruk
 - 10) polsfrequentie
 - 11) thuismeting systolische bloeddruk
 - 12) thuismeting diastolische bloeddruk
 - 13) gemiddelde 24-uursmeting systolische bloeddruk- dag
 - 14) gemiddelde 24-uursmeting diastolische bloeddruk- dag
 - 15) gewicht patiënt
 - 16) lengte patiënt
 - 17) Quetelet-index (BMI) patiënt
 - 18) buikomvang
 - 19) GFR (MDRD)
 - 20) cholesterol totaal
 - 21) cholesterol/HDL- cholesterol ratio
 - 22) HDL- cholesterol
 - 23) LDL- cholesterol
 - 24) albumine/kreatinine
 - 25) albumine (micro-) urine portie
 - 26) opmerking 1 algemeen (risicoschatting in % + aanvullende risicofactoren)
 - 27) opmerking 2 algemeen (follow up termijn en discipline)
- **“Bloeddruk”**, voor registratie van alleen tensie en pols.
 - 1) arm bloeddrukmeting
 - 2) systolische bloeddruk
 - 3) diastolische bloeddruk
 - 4) polsfrequentie
 - 5) polsritme
- **“24 uren bloeddrukmeting”**
 1. gemiddelde 24-uursmeting systolische bloeddruk
 2. gemiddelde 24-uursmeting diastolische bloeddruk
 3. gemiddelde 24-uursmeting systolische bloeddruk- dag
 4. gemiddelde 24-uursmeting diastolische bloeddruk- dag
 5. gemiddelde 24-uursmeting systolische bloeddruk- nacht
 6. gemiddelde 24-uursmeting diastolische bloeddruk- nacht

Registratie t. b.v. patiënt

- Invullen en meegeven bloeddrukpas/medisch paspoort aan patiënt met hypertensie en/of verhoogd cholesterol. Vul minimaal metingen, medicatievoorschrift en vervolgafspraken in.

Declaratie

- Poh: voor een eerste consult wordt 30 minuten gepland, voor een vervolgconsult 20 minuten.
- Ass: declareert consult. Planning 10 minuten.
- Ha declareert afhankelijk van tijdsinvestering.

Overdracht

- Overdracht van probleem-, twijfel- of overlegsituaties vindt bij voorkeur plaats via patiëntgebonden taken of tijdens wekelijks overleg poh en ha.
- Op praktijkniveau zijn werkafspraken mogelijk.

Afsprakensysteem en patiëntenbestand in Excel

Na ieder consult wordt direct een nieuwe afspraak meegegeven voor een vervolg. Indien gewenst of noodzakelijk maakt de poh een Excel- bestand aan van patiënten die gevolg hebben gegeven aan oproep (naam, geboortedatum, consult/oproep door poh) t.b.v. controle follow-up op langere termijn. Zorgdossier biedt hier nog onvoldoende mogelijkheden voor.

6. OPZET CARDIOVASCULAIR SPREEKUR

Vooraf

Inventarisatie patiënten.

- ICPC bestanden (zie hoofdstuk 12) te maken door poh/ ass
- Medicatiegroepen (zie hoofdstuk 13) te maken door poh/ ass
- Ruitersbestanden te maken door poh /ass
- Poh/ass screent lijsten op doublures en verwijdert zn
- Poh/ha screent lijst op patiënten die niet in aanmerking komen voor RIGE
Bv. bij zeer hoge leeftijd, andere problematiek etc. Deze groep krijgt RNNI, risicoprofiel niet nodig
- Resterende groep krijgt label RIGE of RG+ specificatie

Verwijzing 1^e afspraak CVR- spreekuur

Patiënten worden tijdens een regulier consult door ass, poh of ha uitgenodigd voor screening op cardiovasculair risico.

Patiënten die reageren op oproep via poster/flyer/website kunnen bij ass te horen krijgen of ze voldoen aan de criteria. Zij overlegt dit met de ha.

Alle patiënten die in aanmerking komen voor screening krijgen:

- RIGE signalering indien nog niet aanwezig
- informatiebrief CVR- spreekuur
- labformulier, tenzij er korter dan 6 maanden geleden bloedonderzoek heeft plaatsgevonden
- afspraak CVR- spreekuur van de poh

CVR- spreekuur praktijkondersteuner

Het consult risico-inventarisatie wordt elders onder § 7.2 gedetailleerd beschreven.

Aan het einde van het consult bepaalt de poh samen met de patiënt, evt. in overleg met de ha, het verdere beleid en eventuele vervolgspraken: wat, bij wie, op welke termijn.

Beleid wordt in de P- regel genoteerd en vervolgspraken worden direct door ass/poh vastgelegd in agenda van Zorgdossier, in opmerking 2 van de meting CVRM en in bloeddrukpas/medisch paspoort/afsprakenkaartje.

ICPC- codes, episodes en labels worden geactualiseerd volgens ADEPD.

Vervolgspraken

Diagnostiek (zie ook bijlage 4 “Stroomdiagram hypertensie”)

- door ass op verzoek van poh of ha
- na controles door ass stelt ha per (tel)consult diagnose en verwijst evt. naar poh

Behandeling, follow up (zie ook § 7.1 “Follow-up - planning” op blz. 13)

Het controleschema wordt individueel vastgesteld afhankelijk van risicoprofiel, comorbiditeit en persoonlijke wensen door poh en/of ha.

Hieronder volgt een globale richtlijn.

- Geen hypertensie, wel hypercholesterolaemie of wel 1 of meer risicofactoren:
Jaarcontrole 1 x per 3 jaar door poh
- Hypertensie en geen HVZ, goed ingesteld met of zonder medicatie:
tussentijdse controle ass, jaarcontrole poh
- Hypertensie en geen HVZ, slecht ingesteld met of zonder medicatie, met begeleiding leefstijl gedragsverandering door poh:
tussentijdse controle poh, jaarcontrole poh
- Hypertensie en wel HVZ:
tussentijdse controle poh, jaarcontrole ha
- HVZ met gecompliceerde problematiek/ pathologie:
Tussentijdse controle ha, jaarlijks ha

Bij onduidelijkheid, onzekerheid altijd in overleg met ha.

Follow-up beleid wordt afgestemd op controle specialist.

Niet nagekomen afspraken

- Ass/poh doet eenmalig telefonisch herhaaloproep, indien nodig schriftelijk.
- Patiënten die antihypertensiva, statines, anticoagulantia ed. telefonisch bestellen, doch weinig frequent of niet gecontroleerd zijn, worden door de ass telefonisch benaderd om een afspraak te maken op het CVR- spreekuur van de poh.
- Het belang van controle kan worden ondersteund met de informatiebrief.
- Van zorg weigeren wordt een notitie gemaakt in de attentieregel.

Informatie tbv patient

- Informatiebrief hart- en vaatrisicospreekuur spreekuur door praktijkondersteuner (bijlage 1)
- Poster en/of flyers in wachtkamer
- Website praktijk

Achteraf

Indien gewenst wordt bestand met resterende RIGE of RG+ specificatie uitgedraaid. Deze patiënten die nog niet voorzien zijn van een risicoprofiel kunnen zo nodig schriftelijk opgeroepen worden. Bij niet reageren worden ze telefonisch uitgenodigd. Indien pat zorg blijft weigeren wordt hiervan een notitie in de attentieregel gemaakt en het label RNNG (risicoprofiel niet gewenst) gegeven.

Stappenplan instroom patiënten cardiovasculair risicomanagement	
Ruiter RIGE of RG + specificatie toekennen	▼
Instroom via consult ass/poh/ha of poster/flyer	▼
Instroom via herhalingsrecept	▼
Instroom via specialist	▼
Instroom als vanuit andere praktijk	▼
Labformulier, (zo nodig) Informatiebrief meegeven	Informatiebrief hart- en vaatrisico spreekuur
Consult poh	▼
- Risicoprofiel	▼
- Risicoschatting	▼ *)
Voorlichting en educatie	▼
Revisie: ass/poh/ha	Zie § 7.1 – follow- up schema
Label wijzigen en evt. ICPC code en episode actualiseren	▼

*) nvt bij patiënten met HVZ

7. CONSULTEN

Onderstaand schema is een **richtlijn** voor afspraken binnen de praktijk: wie doet welke controle op welk moment bij welke patiënt.

De hoogte van het risico wordt bepaald aan de hand van de “risicotabel op ziekte of sterfterisico door HVZ voor patiënten zonder HVZ” (zie bijlage 5).

De controlefrequentie is afhankelijk van de mate van instelling, de hoogte van het risico en de aard van comorbiditeit. Factoren als belaste familie anamnese, obesitas en verhoogd risico bij ongewijzigde leefstijl, spelen hierbij ook een rol.

De frequentie van controle wordt dus individueel bepaald.

7.1 FOLLOW-UP PLANNING

	Risicoschatting		ASS ¹	POH	ARTS
Groep 1 Zonder HVZ	>20%	Tussentijdse controle 3-6 mnd Jaarcontrole	X	X ² X	
	10-20%	Jaarcontrole	X	X	
	<10%	Jaarcontrole ³		X	
Groep 2 Met HVZ		Tussentijdse controle Jaarcontrole	X ⁴	X	 X

- 1) Controles assistentes, mits goed dan wel stabiel ingesteld.
of
bij eigen betrouwbare bloeddrukmeter door patiënt zelf
- 2) Indien instelling op medicatie of begeleiding poh gewenst bij leefstijl,
- 3) Zonder medicatie 1x per 3 jaar.
- 4) Controles assistentes, mits goed dan wel stabiel ingesteld en geen klachten, geen behoefte aan begeleiding

In de volgende paragrafen zijn de verschillende vervolggconsulten uitgewerkt.

7.2 RISICO-INVENTARISATIE POH

De meting “CVR- profiel” uit Zorgdossier vormt de leidraad voor het consult risico-inventarisatie.

Anamnese

- co-morbiditeit diabetes mellitus 2 en/of hart- vaat ziekten en/ of RA
- familieanamnese
- roken, alcohol, voeding, lichaamsbeweging, psychosociaal beïnvloedende factoren, werksituatie

Lichamelijk onderzoek

- bloeddruk
- polsfrequentie, indien < 50 of irregulair
- gewicht en lengte, bereken BMI
- middelomtrek

Meet de bloeddruk 2 x per consult met 1-2 minuten tussenpauze en noteer het gemiddelde.

Middelomtrek meten t.h.v. het midden tussen spina iliaca anterior superior en onderste rib tijdens rustige uitademing.

Aanvullend onderzoek

Indien laboratoriumonderzoek nog niet verricht is, bepaal

- nuchter lipidspectrum (totaal cholesterol, HDL, LDL, cholesterol/HDL- ratio en triglyceride)
- glucose nuchter
- kreatinine en kalium, MDRD
- micro- albuminurie.

Overweeg TSH-bepaling bij verdenking secundaire dyslipidaemie.

Risicoschatting

De anamnestiche en onderzoeksgegevens worden in de meting “CVR- profiel” vastgelegd.

Bij patiënten zonder HVZ wordt het 10- jaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ met behulp van de tabel “10 jaarsrisico op ziekte en sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ” (bijlage 6) bepaald en vastgelegd in de “CVR- profiel”- meting onder opmerking 1. Gebruik evt. ter illustratie de grafiek uit www.scoremeter.nl

Evaluatie en beleid

Bespreek de bevindingen met de patiënt. Stel zonodig een behandeldoel vast en een behandelplan op. Geef indien nodig niet-medicamenteuze adviezen en start zonodig medicamenteuze behandeling. Zie hiervoor hoofdstuk 8 “Richtlijnen behandeling”.

Geef evt. schriftelijke informatie (NHG- brieven) mee ter ondersteuning en/of verwijs naar de website “Thuisarts.nl.” (zie ook bijlage 3 “Achtergrondinformatie voor hart- en vaatrisicosprekuren” - NHG brieven en websites)

Revisie

Op grond van risico-inventarisatie, motivatie patiënt en evt. te starten behandeling worden revisie en beleid met de patiënt afgesproken. Zn. vindt overleg met ha plaats. Dit wordt in Zorgdossier vastgelegd onder meting “CVR- profiel” opmerking 2. Zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 7 “Consulten”.

Rapportage, registratie en overdracht

Registreer in de computer en maak een vervolgspraak. Zie hiervoor hoofdstuk 5 “Rapportage en registratie”.

7.3 FOLLOW-UP TUSSENTIJDSE CONTROLE ASS.

Anamnese

- informeer naar welbevinden
- Informeer bij niet halen streefwaarde naar therapietrouw

Onderzoek

- bloeddruk
 - polsfrequentie, indien < 50 of irregulair.
 - gewicht en lengte, uitsluitend op verzoek poh of ha.
- Streefwaarde SBD <140 bij HVZ en bij antihypertensiva.
 Streefwaarde SBD <160 bij 80 plussers
 Streefwaarde SBD <140, doch 140-180 kan acceptabel zijn, indien geen HVZ en/of antihypertensiva.
 Voor individuele streefwaarde zie Zorgdossier onder beleid (P-regel of meting "CVR-profiel"). Op praktijkniveau kan afgesproken worden tevens de attentieregel hiervoor te gebruiken.
 SBD >180 is sterk verhoogd en indicatie voor behandeling of medicatie aanpassing.

Laboratorium

Laboratoriumbriefje mee uitsluitend indien volgende controle een jaarcontrole is.
 Advies aan patiënt om 1 week voor jaarcontrole naar laboratorium te gaan.
 Zie hoofdstuk 9

Registratie

In Zorgdossier m.b.v. SOEP en meting "Bloeddruk".
 Consult koppelen aan episode

Rapportage

- indien streefwaarde niet gehaald is of bij vragen of onduidelijkheden dit rapporteren aan poh middels "nieuwe taak" in Zorgdossier.
- maak met de patiënt een afspraak over het terugbellen
- SBD >220 mmHg direct bespreken met ha.

Revisie

Maak nieuwe afspraak conform beleid zoals vermeld in meting "CVR- profiel" of in P-regel en leg deze afspraak vast in agenda Zorgdossier. Geef afspraak op schrift mee.

7.4	FOLLOW-UP	TUSSENTIJDSE CONTROLE POH
------------	------------------	----------------------------------

Anamnese

- Informeer naar welbevinden
- Klachten en/of mogelijke bijwerkingen van medicatie.
- Informeer bij elk contact naar therapietrouw.
- Wees alert op problemen rond risicofactoren.

Onderzoek

- Zie §7.3 “Tussentijdse controle ass”.

Laboratorium

- Zie § 7.3 “Tussentijdse controle ass”.
- Zo nodig extra lab controle bij instelling antihypertensiva, statines en/of nierfunctiestoornissen. Zie ook hoofdstuk 9 “Laboratoriumonderzoek”. Overleg evt. met ha.

Registratie

- In Zorgdossier m.b.v. SOEP en meting “Bloeddruk” of “CVR- profiel” of “CVR protocol” in HIS.

Evaluatie en beleid

Bespreek de bevindingen met de patiënt. Stel samen met patiënt zo nodig het vastgestelde behandeldoel en -plan bij. Geef indien nodig niet-medicamenteuze adviezen of pas medicatie aan in overleg met de huisarts. Geef evt. schriftelijke informatie (NHG-brieven) mee ter ondersteuning en/of verwijs naar de website “Thuisarts.nl.” (zie ook bijlage 3 : “Achtergrondinformatie voor hart- en vaatrisicospreekuur” - NHG brieven en websites). Vermeldt bij aanpassing in P-regel duidelijk dat in overleg met dokter... is besloten tot aanpassing van de medicatie.

- Zie ook hoofdstuk 8 “Richtlijnen behandeling”.
- Verwijs naar ha indien aanvullend onderzoek gewenst is.

Rapportage

- SBD >220 mmHg direct bespreken met ha.
- Bij bijzonderheden overdracht naar ha volgens afspraken op praktijk.

Revisie

- Maak nieuwe afspraak conform beleid zoals vermeld in meting “CVR- profiel” of in P- regel, tenzij ander controle moment gewenst is.
- Laat deze afspraak vastleggen in agenda Zorgdossier en geef aan de patiënt een afspraak op schrift mee.

7.5	FOLLOWuP	1 TOT 3- JAARLIJKS CONSULT POH
------------	-----------------	---------------------------------------

- Wees bij jaarlijkse controle patiënten met HVZ alert op veranderingen en neem anamnese hart- en vaat complicaties af. Zie bijlage 3 “Achtergrondinformatie t.a.v. HVZ ”.
- Maak risico-inventarisatie en risicoschatting. Zie hiervoor hoofdstuk of §7.2 “Risico inventarisatie”.
- Evalueer bevindingen en beleid zoals beschreven in §7.4
- Bij verslechterde instelling analyse oorzaak: drop-/alcoholgebruik, BMI, lichamelijke activiteit, inspanningsvermogen, stress.
- Bij klachten perifere vaten een Enkel Arm Index (EAI) overwegen.
- Pas zn. beleid aan volgens hoofdstuk 8 “Richtlijnen behandeling”.
- Geef zo nodig lab formulier mee. Zie hoofdstuk 9 “Laboratoriumonderzoek”.
- Communiceer uitslagen zn. naar ha middels afspraken op praktijkniveau.
- Pas zo nodig label en episode aan.

7.6	FOLLOW-UP	CONSULT ARTS
------------	------------------	---------------------

Het consult van de huisarts laat zich moeilijk beschrijven daar de reden van het consult en daarmee de consultvraag sterk kan variëren.

De huisarts ziet alle patiënten met alarmsymptomen. Hij ziet bovendien op verzoek van de ass, dan wel poh, patiënten met vragen of bevindingen die niet anders dan middels een consult beoordeelbaar zijn.

Ook een patiënt kan de nadrukkelijke wens hebben de ha te willen consulteren.

Het merendeel van de consulten zal bestaan uit controle van patiënten met ernstige cardiovasculaire problematiek, veel co-morbiditeit of die zeer moeilijk reguleerbaar zijn. Zij worden minstens 1 maal per jaar door de huisarts gezien en zn. tussentijds door de ha gecontroleerd.

De aspecten genoemd in het poh-consult worden besproken met speciaal aandacht voor, dan wel gericht onderzoek naar mogelijke klinische manifestaties van cardiovasculair lijden en/of eindorgaanschade. Bespreking van de laboratoriumuitslagen en evaluatie van de (medicamenteuze) therapie met aandacht voor mogelijke interacties is noodzakelijk.

Tot slot wordt het beleid en de follow-up besproken en vastgelegd in Zorgdossier.

Laboratoriumonderzoek

- Start medicatie, Zie hoofdstuk 9 "Laboratoriumonderzoek"
- Controle, Zie hoofdstuk 9 "Laboratoriumonderzoek"
- Naar eigen inzicht

Registratie

- In Zorgdossier m.b.v. SOEP en meting "Bloeddruk" of "CVR- profiel".
- Noteer onder meting "CVR- profiel" of in het journaal in de P- regel het verder te volgen controlebeleid.
- Pas zn. ICPC- code, episodes, VG, patiëntkenmerken, label e.d. aan.

Revisie

- Maak nieuwe afspraak conform gewenste beleid bij ha of poh.
- Laat deze afspraak vastleggen in agenda Zorgdossier en geef aan de patiënt een afspraak op schrift mee.

Verwijzing

- Zie voor verwijzing 2^{de} lijn hoofdstuk 10 "Verwijzing Cardiovasculair risicosprekkuur 2^{de} lijn" (werkafspraken MCC-Klik)

7.7	DIAGNOSTIEK	HYPERTENSIE ASS.
------------	--------------------	-------------------------

De diagnose hoge bloeddruk wordt gesteld bij een SBD ≥ 140 .
 Om een zekere diagnose te stellen zijn drie consulten door de ass noodzakelijk.
 Meet de bloeddruk tweemaal in één consult, zittend met een tussenpoos van minimaal 1-2 minuten, bereken het gemiddelde en noteer deze waarde.
 Herhaal de metingen na 2-4 weken, echter minimaal na 24 uur.
 Neem het gemiddelde van de laatste 2 consulten als uitgangswaarde.
 Drempelwaarden thuismetingen of 24-uursmeting 5 mmHg lager.

1^e consult**Anamnese**

- Alleen relevant als patiënt spontaan klachten meldt.

Onderzoek

- Bloeddruk.
 Meet de bloeddruk aan beide armen en in het vervolg steeds aan de arm met de hoogste waarde, indien deze structureel minimaal 10 mmHg hoger is.

Rapportage

- In Zorgdossier, meting "Bloeddruk". Vermeld linker of rechter arm.
- Bij tensie >220 of alarmsignalen. Direct overleg poh of ha.

Afspraak

- Leg nieuwe afspraak voor bloeddrukmeting vast in agenda Zorgdossier ass. Termijn 2-4 weken.

2^e consult**Anamnese**

- Alleen relevant als patiënt spontaan klachten meldt.

Onderzoek

- Bloeddruk.

Rapportage

- In Zorgdossier, meting "Bloeddruk".
- Bij tensie >220 of alarmsignalen. Direct overleg poh of ha.

Afspraak

- Leg nieuwe afspraak voor bloeddrukmeting vast in agenda Zorgdossier ass. Termijn 2-4 weken.

3^e consult**Anamnese**

- Alleen relevant als patiënt spontaan klachten meldt.

Onderzoek

- Bloeddruk.

Rapportage

- In Zorgdossier, meting "Bloeddruk". Noteer het gemiddelde van de metingen van de laatste twee consulten
- Bij tensie >220 of alarmsignalen. Direct overleg poh of ha.

Afspraak

- Afspraak in agenda Zorgdossier bij poh of op verzoek bij ha.

Overweeg ambulante bloeddrukmeting of thuismeting bij twijfel over start medicatie of diagnose (bv. vermoeden witte jassen-hypertensie.), overleg met poh of ha.

Zie voor verdere uitwerking diagnostiek hypertensie bijlage 4 "Stroomdiagram hypertensie".

8. RICHTLIJNEN BEHANDELING

8.1 INTERPRETATIE RISICOSCHATTING

Patiënten zonder HVZ

Risico	Advies
> < 10 %	Geen behandeling, zn. leefstijladvies
> 10 - 20 %	Leefstijladvies, overweeg medicamenteuze behandeling
> ≥ 20 %	Leefstijladvies en medicamenteuze behandeling

- **SBD >180 mmHg** altijd antihypertensieve medicatie ongeacht risico HVZ
- **Ratio totaal cholesterol/ HDL > 8** altijd behandelen
- **Behandel** bij risicoschatting van ziekte of sterfte door HVZ ≥ 20%
- **Overweeg** medicamenteuze behandelgrens te leggen bij 10- 20 % risico met gebruikmaking van volgende tabel:

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

* Bij patiënten met DM of RA gelden slechte metabole controle en microalbuminurie respectievelijk sterke ziekteactiviteit ook als sterk risicoverhogende factoren.

Toelichting bij gebruik tabel:

- **geen** risicoverhogende factoren = risicoverlagend, geen indicatie voor med. behandeling;
- **1 sterk** risicoverhogende factor = indicatie voor medicamenteuze behandeling;
- **≥ 2 mild** risicoverhogende factoren = indicatie voor medicamenteuze behandeling.

Overweeg medicamenteuze behandeling bij **andere aanwijzingen voor orgaanschade** (bv. linkervertrikelhypertrofie) en bij personen < 50 jaar

Bij 70 plus is risico bijna altijd >20 %. Medicamenteuze behandeling geeft risico reductie. Weeg voor- en nadelen medicamenteuze behandeling af in relatie tot levensverwachting, co-morbiditeit, polyfarmacie, interactie, bijwerkingen medicatie en wens patiënt.

Bij 80 plus behandelgrens SBD 160mmHg, Voorkom SBD <150mmHg.

Ook statine kan nog zinvol zijn.

Gestarte behandeling continueren, pas evt dosering aan.

Behandel in genoemde situaties met:

antihypertensivum

bij SBD >140 mmHg;

zie schema blz 21.

cholesterolsyntheseremmer

bij LDL >2,5 mmol/l,

zie stappenplan blz 22.

De behandelstrategie omvat in de meeste gevallen niet-medicamenteuze en medicamenteuze adviezen.

8.2 NIET - MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

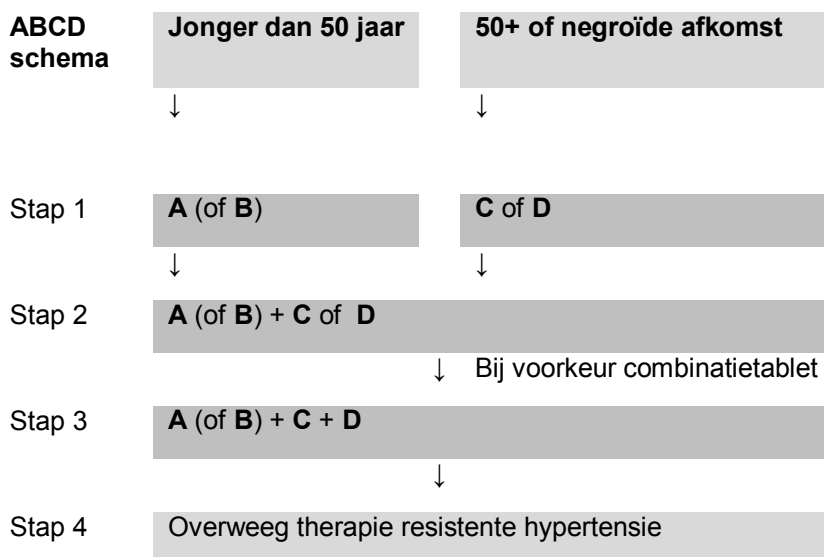
Geef alle patiënten met HVZ of een 10- jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ $\geq 10\%$ de volgende leefstijladviezen:

- Staak het roken
- Zorg voor voldoende beweging, bij voorkeur tenminste vijf dagen per week 30 minuten per dag fietsen, stevig wandelen, tuinieren enzovoort.
- Zorg voor goede voeding volgens de “Richtlijnen goede voeding”:
 - het gebruik van roomboter, harde margarine, vet vlees en melkproducten en tussendoortjes (ook zoete) beperken, ter verlaging van het cholesterol gehalte
 - 2 porties (100-150 gr) vis pr week, waarvan ten minste 1 portie vette vis
 - per dag minimaal 150- 200 gram groente en 200 gr fruit
 - beperk het gebruik van zout tot maximaal 6 gram per dag
- Beperk het gebruik van alcohol tot een maximum van 1 à 2 glazen per dag voor vrouwen en een maximum van 2 à 3 glazen voor mannen
- Zorg voor een optimaal gewicht: BMI $< 25 \text{ kg/m}^2$
Voor personen > 70 jaar is BMI ≤ 30 acceptabel.
- Tracht stress te voorkomen dan wel tijdig te herkennen en te reduceren.

Voor het aanpassen van de leefstijl en het voedingspatroon worden met de patiënt concrete haalbare doelen geformuleerd. Hoe de patiënt het beste ondersteund kan worden hangt af van de behoefte van de patiënt.

Verwijs gemotiveerde patiënten desgewenst naar gespecialiseerde zorgverleners ter begeleiding en ondersteuning, bv stoppen-met-roken spreekuur, beweegprogramma fysiotherapie, dietiste.

8.3 BEHANDELING HYPERTENSIE PATIËNTEN ZONDER HVZ, DM OF RA



	RAS afhankelijke medicatie		RAS onafhankelijke medicatie
A	ACE remmer of ARB	C	Calciumantagonist
B	Beta blokker	D	Diureticum

Alle in Nederland geregistreerde bloeddruckverlagende medicijnen hebben gemiddeld een vergelijkbaar effect en lijken even geschikt met een lichte voorkeur voor diuretica. In algemene zin zijn ze in te delen in bètablokkers, ACE remmers, ARB's en RAS- onafhankelijke antihypertensiva (diuretica en calciumantagonisten). Op pathofysiologische gronden hebben combinaties van RAS-afhankelijke en RAS- onafhankelijke middelen de voorkeur.

	Middel	Minimale dosering		Maximale dosering
A	Enalapril (ACE)	5-10 mg	1-2dd	40 mg
	Lisinopril (ACE)	2.5-5 mg	1dd	80 mg
	Perindopril (ACE)	2-4 mg	1dd	8 mg
	Losartan (ARB)	50 mg	1dd	100 mg
	Irbesartan(ARB)	75-150 mg	1dd	150 mg
B	Metoprolol	50mg	1dd1	200 mg
	Bisoprolol	5 mg	1dd	20 mg
C	Amlodipine	5mg	1dd	10 mg
	Nifedipine oros	30mg	1dd	120 mg
D	Hydrochloorthiazide	12.5 mg	1dd	25 mg
	Chloorthalidon	12.5 mg	1dd	25 mg
	Indapamine	2.5 mg	1dd	2.5 mg
	Zn kaliumsparend			
A/D	Enalapril/ HCT	20/6	1dd	20/12.5
	Lisinopril/ HCT	20/12.5 mg	1dd	20/12.5
	Candasartan/ HCT	8/12.5	1dd	16/12.5
	Perindopril/ indapamide	2/0.625	1dd	8/2.5
	Losartan/ HCT	50/12.5	1dd	100/25

8.4 BEHANDELING HYPERCHOLESTEROLAEMIE
--

Stappenplan statinetherapie:

Stap 1	Start met simvastatine 40 mg/d (of lager indien geringe LDL-verhoging)
Stap 2	Switch naar atorvastatine 20 of 40 mg/d of rosuvastatine 10 of 20 mg/d (dosering afhankelijk van de LDL-verhoging)
Stap 3	Verhoog dosering atorvastatine tot maximaal 80 mg/d of rosuvastatine tot maximaal 40 mg/d
Stap 4	Bij niet bereiken van LDL-streefwaarde: overweeg andere lipiden verlagende middelen in overleg met de huisarts

Elke volgende stap is van toepassing indien de streefwaarde niet wordt bereikt.

Start simvastatine 40mg. Controle LDL 3 maanden.

Indien streefwaarde (LDL<2,5) niet behaald switchen naar atorvastatine 20 of 40 mg of rosuvastatine 10 of 20 mg. Bepaal LDL na 3 maanden.

Zn. atorvastatine ophogen tot 80 mg.

Gezien zeldzaamheid leverfalen en rbdomyolyse is routinematig controle CK en leverfuncties niet geïndiceerd. Anamnese belangrijker: onverklaarde, heftige spierpijn, spierzwakte of spierkramp vooral als deze gepaard gaat met malaise of koorts.

Staak of verlaag (tijdelijk) de dosering van de statine bij milde spierpijn zonder toxiciteit.

Herstart indien geen relatie met statine of stap over op fluvastatine max 40mg, pravastatine 80 mg of rosuvastatine max 40 mg indien verdenking relatie statine gebruik.

8.5 BEHANDELING PATIËNTEN MET HVZ.

Geef aan alle patiënten:

- **acetylsalicylzuur**
80 mg per dag, tenzij er een indicatie is voor antistolling zoals bij atriumfibrilleren, structurele hartafwijking, vaatprothesen. Bij aspirine allergie geef clopidogrel.
- **antihypertensiva** als ook SBD > 140 mmHg.
Voorkeurmedicatie hangt af van de aandoening, overige medicatie en co-morbiditeit.
 - coronair ziekte
 - bèta- blokker ongeacht hoogte bloeddruk
 - coronair revascularisatie, PTCA, hartinfarct, hartfalen
 - ACE remmer, ook bij normale bloeddruk
 - Perifere vaataandoening
 - Calcium antagonist, geen bèta- blokker
 - TIA of ICVA,
 - ACE remmer met diureticum, ook bij normale bloeddruk.
 - Geef tevens dipyridamol met gereguleerde afgifte 2x 200mg
- **cholesterolsyntheseremmers, statines.**
Streefwaarde LDL ≤ 2.5 mmol/l
Zie stappenplan blz.22

Patiënten met DM

CVRM bij DM patiënten is in essentie identiek aan dat bij patiënten zonder HVZ, DM of RA en gebaseerd op de individuele risicoscore. Deze wordt geschat door bij de actuele leeftijd van de patiënt 15 jaar op te tellen.

Overweeg behandeling (ook op jonge leeftijd) bij 10 jaarrisico op HVZ van 10-20% indien slechte metabole controle, microalbuminurie, microvasculaire complicaties en/of andere risicoverhogende factoren. Indien juist gunstig kan ook (voorlopig) van behandeling worden afgezien.

Bij DM én HVZ gelden de adviezen beschreven bij paragraaf Patiënten met HVZ

Patiënten met RA

CVRM bij RA patiënten is in essentie identiek aan dat bij patiënten zonder HVZ, DM of RA en gebaseerd op de individuele risicoscore. Deze wordt geschat door bij de actuele leeftijd van de patiënt 15 jaar op te tellen.

Overweeg behandeling (ook op jonge leeftijd) bij 10 jaarrisico op HVZ van 10-20% indien sterke ziekte activiteit en/of andere risico verhogende factoren.

Bij RA én HVZ gelden de adviezen beschreven bij paragraaf Patiënten met HVZ

8.6 VOORKEURSMEDICATIE BEHANDELING HYPERTENSIE

Jong, < 50 jaar	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACE remmer of indien geïndiceerd bètablokker 2. toevoegen diureticum of calciumantagonist 3. bètablokker toevoegen indien geïndiceerd en verdragen
Oudere leeftijd, > 70 jaar	<p>Diureticum, calciumantagonist en/of ACE remmer (bij kriebel hoest ARB) Keuze op basis van comorbiditeit en co- medicatie</p>
Chronisch stabiel hartfalen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACE remmer, bij kriebelhoest ARB 2. toevoegen diureticum 3. toevoegen bèta- blokker
Coronair ziekte, angina pectoris	bètablokker (ook bij normale tensie)
Coronair revascularisatie, hartinfarct	ACE remmer (ook bij normale tensie)
Chronische nierschade, incl microalbuminurie	ACE remmer of ARB
DM zonder microalbuminurie	<ol style="list-style-type: none"> 1. thiazide diureticum 2. toevoegen ACE remmer (bij kriebelhoest ARB) 3. toevoegen calciumantagonist
Atriumfibrilleren	bèta- blokker
Astma/ COPD	<p>Diureticum Contra-indicatie bètablokker Alertheid bij ACE remmer</p>
Negroïde afkomst	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calciumantagonist of diureticum 2. Calciumantagonist en diureticum

8.7 ALGEMENE REGELS MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- Streefwaarde tensie indien medicamenteuze behandeling: SBD \leq 140mmHg.
- Start eerste antihypertensivum in een lage dosering; houdt rekening met comorbiditeit, contra-indicaties, interacties en bijwerkingen.
- Bij onvoldoende respons wordt tweede middel en eventueel derde middel toegevoegd. Pas wanneer hiermee de streefwaarde niet gehaald wordt, mogen de doseringen één voor één worden opgehoogd.
- Bij het bereiken van de streefwaarde de medicatie niet meer veranderen.
- Controlefrequentie in instelfase 2-4 wekelijks.
- Bij stabiele instelling is controleschema afhankelijk van risicoprofiel, co- morbiditeit en persoonlijke wensen (3-6 maandelijks). Indien geen HVZ en goede instelling kan jaarlijks controle voldoende zijn.
- Voor start ACE remmer (of ARB) en/of diureticum controleer nierfunctie. Na start en na elke ophoging controle nierfunctie na 10-14 dgn. Een stijging van het kreatinine/ MDRD van 20% is acceptabel en niet ongewoon. Ondergrens 30ml/min.
- Bij hypokaliaemie zijn thiaziden als monotherapie gecontraïndiceerd.
- Na bereiken onderhoudsdosering van ACE remmers en/of diureticum controleer nierfunctie nogmaals na 3 en 6 mnd
- Als met combinatietherapie de streefwaarde niet wordt gehaald, maar toch een daling van minimaal 10 mmHg is bereikt, kunnen hogere waarden worden geaccepteerd.
- Wanneer de SBD daling $<$ 10mmHg bedraagt ondanks voldoende therapietrouw en maximale medicatie, dan is nadere evaluatie door een specialist aangewezen.
- Overweeg therapie resistente hypertensie indien met 3 antihypertensiva maximaal gedoseerd de streefwaarden niet worden gehaald.
- Een discrepantie tussen thuis- en spreekkamermeting of een hoge spreekkamer bloeddruk in afwezigheid van eindorgaanschade kan een indicatie zijn voor een 24 uur ambulante bloeddrukmeting (ABPM) of thuismetingen.
- ECG en enkel/arm index slechts op indicatie van huisarts.
- Controle LDL 3 mnd na start of wijziging aard of dosering medicatie. Na bereiken streefwaarde jaarlijks evalueren.

Eigen verantwoordelijkheid patiënt.

De hart- en vatrisico screening is een aanbod van de praktijk. Indien patiënten (vervolg-) afspraken niet nakomen wordt eenmalig telefonisch contact gezocht om de motivatie alsnog te peilen. Hiervan wordt melding gemaakt in Zorgdossier. Evt. wordt er een consult bij de arts aangeboden. Vervolgens blijft het de verantwoordelijkheid van de patiënt verder deel te nemen of niet.

Bespreek zelfmanagement.

9. LABORATORIUMONDERZOEK

RISICO- INVENTARISATIE en JAARCONTROLE CVRM

Laboratorium aanvraagformulier:

- ⇔ u dient **nuchter** te zijn
HART-VAAT RISICO/HYPERTENSIE
- ⇔ Controle (**nuchter**: gluc,Tchol,HDLchol+ratio,LDL,TG)
- ⇔ Microalbuminurie in urine (alb/kreat ratio)
NIERFUNCTIE
- ⇔ Diagnostiek/controle (Kreat, MDRD.K.Na)

Nuchter bepalen.

Herhaal meten lipidspectrum als risicoschatting net onder de behandelgrens komt. Bij totaal cholesterol en/ of cholesterol/ HDL- ratio > 8 nadere diagnostiek naar familiale hypercholesterolaemie. Overweeg TSH ter uitsluiting van secundaire dyslipidaemie. Glucose nuchter herhalen na enkele dagen indien wijzend op diabetes mellitus (> 6.9). Herhalen halfjaarlijks indien glucose 6.1-6.9 (= glucose intolerantie)

CONTROLE na start of wijziging MEDICATIE

Laboratorium aanvraagformulier:

Bij Antihypertensiva:

- ACE remmer, A II antagonisten
HART-VAAT RISICO/HYPERTENSIE
Medicatie
- ⇔ ACE-remmer, A II antagonisten (nierfunctie,K)

Voor start ACE moet nierfunctie bekend zijn. Herhaal nierfunctie en kreatinine 10-14dgn na start medicatie. Een stijging van het kreatinine van maximaal 20% is nog aanvaardbaar.

- Diuretica (HCT)
HART-VAAT RISICO/HYPERTENSIE
Medicatie
- ⇔ Diuretica (nierfunctie, K, Na)

Indien K < 3.5 mmol/l start met kaliumsparend diureticum

Bij statines:

- ⇔ u dient **nuchter** te zijn,
HART-VAAT RISICO/HYPERTENSIE
- ⇔ Controle (**nuchter**: gluc,Tchol,HDLchol+ratio,LDL,TG)

Nuchter bepalen enkele weken tot 3 maanden na start cholesterolverlager.

Streefwaarde: LDL < 2.5mmol/l

Indien streefwaarde bereikt is, is jaarlijkse controle lipidspectrum niet strikt nodig.

NB: Afhankelijk van de aard van de co- morbiditeit en de diagnose en verdenking secundaire hypertensie dient zn. aanvullend laboratoriumonderzoek plaats te vinden in overleg met de ha.

10. VERWIJZING Cardiovasculair risicospreekuur 2^{de} lijn

- Sterk belaste familieanamnese met plotse hartdood op jonge leeftijd
- Jonge leeftijd, <35 jaar
- Verdenking familiale hypercholesterolaemie
Totaal cholesterol >9.0, HDL <0.6, LDL >6.0, triglyceriden >10
- Verdenking hypertensieve crisis, direct verwijzing
- Vermoeden secundaire hypertensie
- Overweeg verwijzing bij therapie resistente hypertensie langer dan 6 maanden bij patiënten <65 jaar
patiënten ≥65 jaar en SBD >160
- Chronische nierschade*)

	eGFR >60	eGFR 45-60	eGFR 30-45	eGFR <30
> 65 jaar				
normo-/micro-albuminurie (<300mg/d)	nee	nee	tel. consult nefroloog	ja
macro-albuminurie (>300mg/d)	ja	ja	ja	ja
< 65 jaar				
normo-/micro-albuminurie	nee	tel. consult nefroloog	ja	ja
macro-albuminurie	ja	ja	ja	ja

*) conform LTA/LESA chronische nierschade en advies nefrologen Zwolle

11. ALARMSYMPTOMEN, redenen voor direkt overleg arts

- Bloeddruk systolisch >220 mm Hg
- Bloeddruk diastolisch >130 mm Hg
- Onregelmatige pols, tot nog toe onbekend
- Polsfrequentie <50/min, eerder niet bekend
- Iedere verhoogde bloeddruk in combinatie met acute cerebrale en/of renale symptomen zoals visusklachten, nierfunctiestoornissen en/of neurologische uitval
- Acute cardiale symptomen als pijn op de borst, dyspneu
- Zie ook verwijzing

=> overleg altijd met huisarts.

12. ICPC- codes

In het kader van CVRM zijn met name de navolgende ICPC- codes relevant.

A 29: HVZ in familieanamnese	K 89: TIA
A 49: Preventieve verrichtingen (CVRM)	K 90: CVA
A 91.5:Gestoord nuchter glucose	K 96: Coronairsclerose
B 85: Gestoord nuchter glucose	K 92.1:Claudicatio Intermittens
K 86: Hypertensie zonder orgaanschade	K 99.1:Aneurysma Aortae
K 87: Hypertensie met orgaanschade	L 88 : Reumatoïde artritis
K 74: Angina Pectoris	T 82 : Adipositas (BMI > 30)
K 75: Myocardinfarct	T 83: Overgewicht (27< BMI < 30)
K 77: Hartfalen	T 90.2:Diabetes Mellitus 2
K78: Boezemfibrilleren, fladderen	T 93: Hypercholesterolemie

13. MEDICATIEGROEPEN

Binnen de functie “uitgebreid zoeken” van het Zorgdossier kan gezocht worden naar een patiëntenbestand op medicatiegebruik.

Het betreft de volgende medicatiegroepen namelijk t.b.v.:

het hart vaatstelsel

- cardiaca, waarvan
 - o digitalisglycosiden (zie hartglycosiden)
 - o vasodilatantia bij hartziekten
- antihypertensiva
- diuretica
- perifere vasodilatantia
- beta- blokkers
- calciumantagonisten
- middelen aangrijpend op het renine-angiotensine systeem
- antilipaemica

bloed en bloedvormende organen

- antithrombotica

14. BRONVERMELDING

CBO-NHG- multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomangement 2011