

Cardiovasculair Risico Management

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstelling

Afstemming beleid rond screening, diagnostiek en behandeling van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico in de 1^e en 2^e lijn.

Beleid eerste lijn (incl verwijsbeleid)

Doelgroepen voor inventarisatie naar cardiovasculair risico

Patiënten met:

- Hart-vaat ziekten (HVZ)¹;
- Diabetes mellitus type 2;
- Een familiale stoornis als familiale hypercholesterolaemie;
- Klachten met een gerede verdenking op HVZ;
- Een belaste familieanamnese (1^e gr familielid < 65 jr) voor HVZ;
- Een verhoogde bloeddruk (> 140 mmHg) en/of die behandeld worden met antihypertensiva;
- Een dyslipidemie en/of die reeds behandeld worden met statines;
- Nierfunctiestoornissen;
- Hypertensie of DM² tijdens de zwangerschap 1x per 5 jr³ (*RP na de zwangerschap bepalen*)⁴;
- Zichtbaar overgewicht;
- Patiënten die roken en een leeftijd hebben van > 50 jaar bij mannen en vrouwen;
- Met specifieke etniciteit: Hindoestaanse, Marokkaanse, Turkse of Afrikaanse afkomst. Aanbeveling om dit vanaf 35 jaar te doen;
- Patiënten die chronische antipsychotica gebruiken;
- Chronische reumatische inflammatoire aandoeningen, recidiverende jicht of psoriasis;
- Patiënten die worden behandeld met antiretrovirale therapie.

Aanvullend onderzoek

Standaard

- BMI / eventueel middelomtrek;
- Systolische en diastolische bloeddruk;
- (Nuchter) lipidspectrum (TC, HDL, TC/HDL-ratio, LDL, triglyceriden);
- Nuchter glucose;
- Plasma Kreat, CKD-EPI, NA, K;
- Microalbumine/kreatinine ratio.

Op indicatie

- ECG;
- Ambulante bloeddrukmeting;
- Enkel-arm index;
- Echo van de aorta.

¹ Met patiënten met HVZ wordt bedoeld: patiënten met een centrale of perifere atherosclerotische aandoening.

² Preeclampsie verhoogt risico op cardiovasculair event in toekomst

³ Gynaecologen vermeld zwangerschapscomplicatie in de ontslagbrief; huisartsen bepalen 1x per 5 jr het risicoprofiel.

⁴ Deze patiënten hebben op latere leeftijd een sterk verhoogd risico op hypertensie of DM; om die reden wordt follow up geadviseerd.

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling bij een verhoogd risico volgens de risicotabel

Gericht op zelfmanagement

- Educatie;
- Voedings- en gewichtsadvies, met ondersteunend programma, op indicatie consult diëtiste;
- Stoppen met roken, met ondersteunend programma;
- Lichaamsbeweging: half uur/dag of 3x/week extra inspannend;
- Alcoholbeperking;
- Stressreductie.

NB. Bij de behandeling bij verhoogd risico hoort het opstellen van een individueel zorgplan, uitgaande van de motivatie van de patiënt.

Medicamenteuze behandeling bij een verhoogd risico volgens de risicotabel

Zie bijlage 1.

Controle

Niet medicamenteus

- Therapietrouw;
- Leefstijl.

Medicamenteus: effect behandeling, compliance en bijwerkingen

Na start behandeling:

- Lipiden: controle na 3 maanden;
- Bloeddruk: controle Kreat / K / NA / CKD-EPI na 1 week⁵.

Indien de streefwaarden niet behaald worden, volg het stappenplan uit de NHG standaard, alvorens te verwijzen naar een internist:

- Controle op therapietrouw, leefstijlfactoren;
- Uitsluiten bloeddrukverhogende aandoeningen;
- Intensivering medicamenteuze therapie.

NB. Bij oplopend Kreat (> 20 %) of een CKD-EPI daling van 20% t.o.v. de baseline (of oplopende trend): telefonische of elektronische consultering (telenefrologie), of eventueel verwijzing naar de internist⁴.

Bij ingestelde patiënten:

- Jaarlijks: Kreat / Na / K / CKD-EPI / micro albumine/kreatinine ratio / glucose nuchter.
- Jaarlijks cholesterolkpakket. Indien na 3 bepalingen onderstaande voorwaarden gelden, kan volstaan worden met jaarlijkse bepaling van alleen het LDL, en 1x per 5 jr het totale cholesterolkpakket:
 - HDL > 0.9;
 - Triglyceriden < 2.5⁶;
 - HbA1c < 65 bij patiënten < 70 jaar ⁷;

⁵ Bij gebruik ACE remmers, AT2 antagonisten of diureticum. Dit is conform de LTA nierfalen en de richtlijn van de Nederlandse federatie van Nefrologie. Indien er problemen ontstaan bij de medicamenteuze behandeling gebeurt dit vrijwel altijd binnen 3-5 dagen.

⁶ Een hoog TG maakt LDL minder betrouwbaar. Patiënten met verhoogd TG obv co-morbiditeit of overmatig alcoholgebruik blijven jaarlijks gecontroleerd. Indien goed behandelde hypertriglyceriden hoeft TG niet jaarlijks gemeten te worden. Kan wel altijd op individuele basis aangepast worden.

- HbA1c < 75 bij patiënten > 70 jaar;
- Geen significante gewichtstoename.

Consultatie / Verwijzen

Verwijzen naar de tweede lijn, of (tele-)overleg met de tweede lijn, bij:

- Niet behalen van de streefwaarden na volgen van het stappenplan uit de NHG standaard:
 - Glucose;
 - Lipiden;
 - Verhoogde tensie ondanks medicamenteuze behandeling met 3-4 middelen
- Familiaire dyslipidemie. Indien de huisarts de patiënt via Leefh begeleidt; consultatie of verwijzing bij niet behalen van de streefwaarden;
- Prematuur, familiair of onbegrepen vaatlijden voor verdere analyse naar zeldzame oorzaken;
- Verdenking secundaire hypertensie: lft < 35jr, in korte tijd ontstaan, aanvalsgewijs optredend, therapieresistentie, hypokaliëmie, nierinsufficiëntie bij aanvang of ontstaan onder therapie, macro-albuminurie, erythrocyturie;
- Macro-albuminurie, of patiënten < 65 jaar en een eGFR < 45 ml/min/1.73m², of patiënten ≥ 65 jaar en een eGFR < 30 ml/min/1.73m²;
- Bij verdenking op secundaire orgaanschade bijvoorbeeld t.g.v. hypertensie;
- Voor verwijzing bij (nieuwe) HVZ gelden de vigerende richtlijnen (die NHG standaard);
- Bij een sterk belaste familieanamnese met plotse hartdood op jonge leeftijd kan verwijzing naar cardioloog of klinisch geneticus zinvol zijn;
- Bij verdenking op maligne hypertensie dient de patiënt direct te worden verwezen naar het ziekenhuis.

Beleid tweedelij (incl. terugverwijsbeleid)

Patiënten met een (cardio)vasculair event die al zijn opgenomen in een eerstelijns zorgprogramma CVRM of DM (ook patiënten die onder controle blijven van de specialist) krijgen binnen 2 weken een versnelde afspraak met de huisarts om te zien of de streefwaarden en het individueel zorgplan (IZP) dient te worden aangepast.

De volgende speciale patiëntengroepen krijgen een consult op een CVR spreekuur bij de specialist (al dan niet via een CVR poli)⁸:

- Onbegrepen re-event binnen 1 jaar;
- Leeftijd < 60 jaar;
- Mensen met een erfelijke/familiaire aandoening: familiale hypercholesterolaemie, familiair belast voor trombose/longembolie;
- Patiënten die een event hebben doorgemaakt, maar waar de medisch specialist geen atherosclerose of macrovasculaire afwijkingen heeft kunnen vaststellen.

Patiënten met een (cardio)vasculair event die nog niet zijn opgenomen in een eerstelijns zorgprogramma CVRM of DM krijgen binnen 2 weken na het event een afspraak bij de huisarts of indien < 75 jaar op een CVR spreekuur bij de medisch specialist voor:

- Volledige risico inventarisatie;
- Leefstijladviezen;
- Medicatie voor reductie van het vasculair risico.

Terugverwijzing

⁷ Het berekende LDL bij onregelde diabetes is niet betrouwbaar, dan bepaling totaal cholesterolpakket.

⁸ Als de patiënt in een hartrevalidatieprogramma is opgenomen maakt dit onderdeel uit van het hartrevalidatietraject.

- De patiënt die op een CVR spreekuur bij de specialist is gezien wordt in principe na instelling op de juiste medicatiedosering en eventueel een eenmalige medicatiecontrole terugverwezen⁹ naar de huisarts voor opname in het eerstelijns zorgprogramma CVRM;
- Bij terugverwijzing van een patiënt wordt de patiënt verzocht om binnen 3 maanden een afspraak bij de huisarts te maken;
- Indien de patiënt geen afspraak bij de huisarts maakt, wordt hij/zij hiervoor opgeroepen door de huisartspraktijk.

Shared care

Behandeling van de vasculaire risicofactoren vormt een integraal onderdeel van de zorg voor de patiënt na een (cardio)vasculair event. Optimale begeleiding is hierbij essentieel. In principe wordt deze zorg (levenslang) geleverd door de huisartspraktijk met haar ketenpartners in het zorgprogramma CVRM. De zorg vindt zodoende dichtbij de patiënt plaats en in het Individueel ZorgPlan (IZP) wordt tevens aandacht gegeven aan de eventuele comorbiditeit.

Bij een aantal patiënten blijven gedurende langere of kortere tijd ook specialistische controles nodig, vooral in het kader van het orgaanlijden. In die gevallen wordt shared care toegepast. Uitgangspunt bij shared care is dat er een gezamenlijk doel en gezamenlijke verantwoordelijkheid is, waarbij de specialist de regie voert op het orgaanlijden, en de huisarts op het CVRM.

Bij welke patiënten:

- Patiënten die maximaal 2x per jaar bij de specialist komen en niet onder behandeling zijn bij de vasculair internist;
- Patiënten die vaker dan 2x per jaar bij de specialist komen en bij welke cardioloog of huisarts meer specifieke aandacht voor CVRM nodig achten (na onderling overleg).

Taakverdeling bij shared care:

- Specialist: vervolgt en behandelt het orgaanlijden, heeft een signaalfunctie in het CVRM, en interventieert indien nodig;
- Huisarts: voert regie op de CVRM zorg: leefstijladvisering/-begeleiding, begeleiding, bloeddruk- en lipidenbehandeling, controle en aandacht voor/bevorderen van therapietrouw.

Werkafspraken bij shared care:

- De patiënt en diens behandelaars zijn op de hoogte van de shared care samenwerking;
- De specialist geeft in de terugrapportagebrief aan:
 - Indien hij/zij andere streefwaarden adviseert¹⁰ voor bloeddruk en LDL dan in de NHG standaard ($\leq 2,5$ mmol/L);
 - Eventuele medicatievoorkeuren;
 - Gewenste toevoegingen aan het jaarlijks labonderzoek (huisarts regelt dit dan samen met het jaarlijkse CVRM lab).
- De huisarts streeft in de behandeling naar de streefwaarden zoals gecommuniceerd door de specialist⁹;
- De door de specialist voorgeschreven medicatie wordt gehandhaafd in de 1^e lijn, tenzij deze door bijwerkingen of niet behalen van streefwaarde moet worden bijgesteld;
- De door de huisarts voorgeschreven medicatie wordt gehandhaafd in de 2^e lijn, tenzij deze door bijwerkingen of niet behalen van streefwaarde moet worden bijgesteld;
- De huisarts zorgt dat de cardioloog ten tijde van het bezoek aan de cardioloog inzage heeft in het IZP van de patiënt. Hierin staan ook de bloeddrukmetingen, labbepalingen, medicatiegebruik, individuele leefstijldoelen en plannen, zodat er borging is voor gezamenlijke monitoring;

⁹ Bij het niet behalen van de streefwaarden volgt uiterlijk na 3 maanden een besluit, in overleg met de huisarts.

¹⁰ Cardioloog streeft bij high risk patiënt een LDL na van 1,8 mmol/L, volgens de ESC richtlijn.

- De cardioloog zorgt dat de huisarts ten tijde van het consult bij de huisarts inzage heeft in de toegepaste zorg in de 2^e lijn, zoals bloeddrukmetingen, lab waarden, medicatiewijzigingen en interventies via notities in het IZP e/o door een tussentijdse brief;
- Bij tussentijdse aanpassing van medicatie wordt de ander hierover bericht;
- De huisarts zorgt voor tenminste een jaarlijkse screening van het CVRM lab. Het dubbel bepalen van bloedwaarden in korte tijd dient voorkomen te worden;
- Streven naar optimale en beveiligde digitale communicatie.

Communicatie

- In de berichtgeving naar de huisarts wordt vermeld: de bevindingen, de gegeven leefstijladviezen, een behandeladvies en de streefwaarden (zie bijlage);
- Indien er sprake is van shared care houden de specialist en de huisarts elkaar via het CVRM-dossier van de patiënt op de hoogte van de bevindingen en het beleid bij de patiënt.

Namens huisartsen:

Ellen Huijbers
Geert Smits
Aafke Snoeijen
Liedewei van Waes
Paul Wouda

Namens regionale internisten:

Paul Ackermans, Elkerliek ziekenhuis
Eveline Besselaar, Catharina Ziekenhuis
Louis Lieverse, Máxima Medisch Centrum
Alexander Stork, St. Anna ziekenhuis

Namens regionale cardiologen:

Hans Post, Catharina Ziekenhuis

Namens CVR-poliklinieken:

Eva Troe, nurse practitioner CVR Catharina Ziekenhuis

Namens de transmurale centra:

Hennie van Bavel, HaCa

Regionale referenten:

Vaatchirurgen, cardiologen, neurologen, psychiaters, (ziekenhuis-)apothekers en klinisch chemici.

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, Quartz, THEMA, TransMáx. Bij deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke richtlijnen (CBO, NHG-standaard, LTA).

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze tekst mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa