



bernhoven



Regionale transmurale afspraak, regio Oss-Uden-Veghel Cardiovasculair risico management

Deze regionale transmurale afspraak (RTA) CVRM is tot stand gekomen na overleg tussen de maatschappen interne geneeskunde en cardiologie van het ziekenhuis Bernhoven en de huisartsen zorggroep Synchron en is bestemd voor huisartsen en specialisten werkzaam in het adherentie gebied van het ziekenhuis Bernhoven en de zorggroep Synchron.

Doelstelling:

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

Beleid in de 1^e lijn

Bij de volgende personen wordt in de 1^e lijn een cardiovasculair risicoprofiel opgesteld:

- Patiënten met een hart-vaat ziekte: MI, AP, AF, hartfalen, CVA, TIA, PAV, AAA
- Patiënten met DM2 en RA
- Patiënten met een belaste familie anamnese(1^e graads familielid , 65 jr) voor HVZ
- Patiënten met een systolische bloeddruk boven de 140 mmHg of die behandeld worden met anti-hypertensiva
- Patiënten met een cholesterolgehalte boven de 6,5 mmol/l of die behandeld worden met cholesterol verlagende middelen
- Rokers > 50 jaar
- Patiënten met zichtbaar overgewicht
- Patiënten met nierfunctiestoornissen
- Patiënten met voorgeschiedenis van hypertensie of DM in de zwangerschap
- Mannelijke patiënten van Hindoestaanse of Turkse afkomst, vanaf 35 jaar.
- Patiënten met de wens het risico op HVZ in kaart te brengen

Inventarisatie: rookgedrag, voedingspatroon, alcoholgebruik, beweegpatroon, familieanamnese

Lichamelijk onderzoek(jaarlijks):

- BMI/middelomtrek
- bloeddruk

Aanvullend onderzoek(jaarlijks)

- Nuchter lipidenspectrum
- nuchter glucose
- Kreatinine, MDRD, Kalium
- microalbuminurie

Op indicatie:

- ECG
- 24-uurs bloeddrukmeting

Behandeling

Niet-medicamenteus:

Gericht op zelfmanagement

- voorlichting
- voedingsadvies, op indicatie consult diëtist
- gewichtsbepierking, met ondersteunend programma, op indicatie consult diëtist
- stoppen met roken, met ondersteunend programma
- lichaamsbeweging
- alcoholbepierking

Medicamenteus: zie bijlage

Controle

Niet medicamenteus: therapietrouw, leefstijl

Medicamenteus: effect, compliance en bijwerkingen

- lipiden: controle na 3 mnd.
- bloeddruk: Kreat, Kalium, MDRD na 1-2 weken
- bij jaarcontrole: nuchter lipidenspectrum, nuchter glucose, Kreat, MDRD, Kalium, microalbuminurie

Verwijzen

- Aanwijzingen voor secundaire hypertensie:** lftd < 40 jaar, in korte tijd ontstaan,, aanvalsgewijs optredend, therapieresistent, hypokaliemie, nierinsufficiëntie bij aanvang of ontstaan onder therapie, macro-albuminurie, erythrocyturie, syndr v Cushing
- maligne hypertensie** (aanwijzingen >SBD>200 mmHg, sterke stijging in korte tijd,, hoofdpijn, misselijkheid, visussoornissen, misselijkheid, braken, cardio-vasculaire of neurologische complicaties)
- persisterende TRH** (therapieresistente hypertensie) gedurende meer dan 6 maanden bij patiënten <65 jaar of met een SBD > 160 mmHg bij patiënten > 65 jaar
- aanwijzingen voor familiale hypercholesterolemie:** voor genetisch onderzoek of naar vasculair internist als huisarts dit niet in eigen beheer uitvoert.
- macro-albuminurie of MDRD < 30 ml/min/1,73m²**

Beleid in de 2^e lijn

Na verwijzing door de huisarts

- screening d.m.v. anamnese en lichamelijk onderzoek
- aanvullende diagnostiek op indicatie. Onderzoek dat eerder is verricht op aanvraag van de huisarts hoeft niet opnieuw
- vervolgconsult voor bespreken van de uitslag

Na ziekenhuisopname vanwege een cardiovasculair event;

Patiënten worden binnen 2 weken na een cardiovasculair event door de behandelend specialist voor het cvrm doorverwezen;

-Naar de cardiovasculaire poli

- *Het beleid wordt daarbij zoveel mogelijk afgestemd op het beleid dat reeds in de 1^e lijn werd gevoerd
- *zo nodig vindt overleg plaats tussen de nurse practitioner van de CVR poli en de POH-S van de huisarts
- *volledige risico inventarisatie, tenzij dit onlangs is gebeurd
- *leefstijladviezen
- *instelling en 1^e controle op effect van de medicatie gevolgd door terugverwijzing naar de 1^e lijn

-Naar de huisartspraktijk (als bij navraag blijkt dat de patiënt al in zorg is binnen een zorgprogramma of keten DBC CVRM)

- *Na terugverwijzing wordt door de HA een herevaluatie gedaan van het CVRM beleid
- *Wijzigingen in beleid die uit de heroverweging volgen, worden door de 1^e lijn uitgevoerd
- *Op indicatie consulteert de HA de cardiovasculair internist of de behandelend specialist
- *Voor verwijzingen naar de 2^e lijn gelden de indicaties zoals benoemd in de RTA.

Verwijzing naar specialismen onderling:

- Verwijzing tussen specialisten onderling dient alleen te geschieden indien dit om medische redenen noodzakelijk is en de gevraagde zorg niet in de huisartspraktijk voorhanden is. Uitgangspunt is dat de huisarts het meeste overzicht heeft welke zorg wanneer geïndiceerd is. Daartegenover staat dat medische noodzakelijk zorg door terugverwijzing naar de huisarts niet vertraagd mag worden.
- Indien onderlinge verwijzing direct noodzakelijk wordt geacht wordt de huisarts bij voorkeur elektronisch op de hoogte gebracht.

Terugverwijzing

- binnen 3 maanden na screening op de CVR-poli na een cardiovasculair event
- Na verwijzing door de huisarts: na het 2^e consult door de internist
- Bij gecompliceerde patiënten oordeelt de specialist over het tijdstip van terugverwijzing
- Bij klachten of niet behalen van de streefwaarden kan weer worden terugverwezen naar de 2^e lijn
- berichtgeving aan huisarts: bevindingen, leefstijladviezen, behandeladvies.
- patiënt maakt een afspraak bij de huisarts binnen 3 maanden
- Indien een patiënt om hem/haar moverende redenen jaarlijks onder controle wil blijven van de specialist, worden de controles bij voorkeur in shared care uitgevoerd. De specialist neemt hiertoe het initiatief door in zijn brief een concreet voorstel te doen (bv. 1 x per jaar bij specialist, 3 x per jaar bij huisarts)

Blijvend in controle bij de 2^e lijn bij:

- moeilijk reguleerbare hypertensie
- ernstige comorbiditeit zoals ernstige nierinsufficiëntie (macro-albuminurie of MDRD < 30 ml/min/1,73m²)
- bij progressieve nierinsufficiëntie overlegt de specialist met de huisarts over wie de behandeling doet.

Gemeenschappelijke behandeling

De huisarts is de centrale zorgverlener die in samenspraak met de patiënt een individueel zorgplan opstelt en bijstelt. Dit eventueel met advies van, of in samenspraak met, de desbetreffende specialist uit de tweede lijn.

Multimorbiditeit:

- problematiek waarvoor verwezen wordt behandeld door specialist
- indien meebehandeling wordt overwogen overlegt de specialist met de huisarts
- bij een langdurig behandel traject: volledige zorg door de specialist

Bijlage Medicamenteuze behandeling in de 1^e lijn

	Lipiden	Bloeddruk
<p>Patiënten bekend met HVZ,</p> <p>Antistolling volgens de richtlijn</p>	<p>Statine Start: Simvastatine 40 mg of pravastatine 40 mg</p> <p>Niet halen van de streefwaarde overweeg: Rosuvastatine 10 mg of Atorvastatine 20 mg Evt. op te hogen</p>	<p>-Bij MI, AP: 1^e keus een B-blocker en ACE-remmer, z.n. diureticum of Ca-antagonist -overige gevallen: Start thiazide diureticum of Ca anta, volgende stap ACE toevoegen (of ARB), volgende stap thiazide diureticum of Ca anta toevoegen (afh. van start) evt. ook bij normale RR -Bij hartfalen: eerst ontwateren en ACE gevolgd door B-blocker(zie standaard HF) -Indien bijwerkingen van ACE: ARB</p> <p>Streefwaarden: SBD < 140 mm Hg</p>
<p>Patienten met DM2</p> <p>Als boven doch 15 jaar ouder</p>	<p>Statine</p> <p>Als boven</p>	<p>-1^e keus ACE-remmer evt aangevuld met diureticum en Ca-anta</p> <p>Streefwaarden: SBD < 140 Bij nierinsuff of microalbuminurie: SBD<130</p>
<p>Patienten zonder HVZ of DM</p> <p>Met SCORE risico > 20 %</p>	<p>Statine</p> <p>Als boven</p>	<p>>55 jaar Start thiazide diureticum of Ca anta, volgende stap ACE toevoegen(of ARB), volgende stap thiazide diureticum of Ca anta toevoegen(afh. van start)</p> <p><55 jaar Start ACE(of ARB), volgende stap B-blocker, volgende stap thiazide diureticum of Ca. anta</p>

		<p>Streefwaarde SBD < 140</p> <p>AF: B-blockers Astma/COPD: diuretica Negroide afkomst: Ca anta, diureticum</p> <p>SBD > 180 ongeacht SCORE risico antihypertensieve behandeling</p>
<p>Patienten zonder HVZ of DM Met SCORE risico >10% en <20%</p>	<p>Statine overwegen indien: zie bloeddruk</p>	<p>Medicamenteuze behandeling overwegen bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> -belaste familie anamnese -obesitas -verminderde nierfunctie -weinig lichaamsbeweging