



Zorgprogramma CVRM Synchron 2015

Versie augustus 2015

Inleiding

Hart- en vaatziekten zijn een van de belangrijkste oorzaken van sterfte in Nederland en de westerse wereld. Risicofactoren, zoals: een hoge bloeddruk, hoog cholesterol gehalte, roken, overgewicht, ongezonde leefstijl, op deze ziekten komen frequent voor. Beïnvloeding van deze risicofactoren kan de cardiovasculaire sterfte en morbiditeit aanzienlijk verminderen.

Huisartsen hebben, mede door het continue en integrale karakter van de huisartsgeneeskunde, van oudsher een belangrijke rol bij de beïnvloeding van deze risicofactoren. We noemen dit cardiovasculair risicomangement (CVRM). CVRM is de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart-en vaatziekten (HVZ), inclusief leefstijl adviezen en begeleiding, bij patiënten met een verhoogd risico van eerste of nieuwe manifestaties van HVZ. Huisartsen doen dit, samen met hun assistentes en praktijkondersteuners, al jaren: hypertensie en hypercholesterolemie opsporen en behandelen, mensen stimuleren te stoppen met roken en af te vallen, adviezen om gezond te eten en te bewegen etc. CVRM behoort dan ook bij uitstek tot de huisartsgeneeskunde: deskundige advies van een vertrouwde dokter dicht in de buurt.

De NHG-standaard cardiovasculair risicomangement en de zorgstandaard vasculair risicomangement geven respectievelijk aan hoe deze zorg er inhoudelijk uit dient te zien en hoe deze georganiseerd dient te worden.

CVRM is een onderdeel van de cardiovasculaire zorg in de huisartspraktijk. Naast dit risicomangement behelst cardiovasculaire zorg ook de behandeling van cardiovasculaire ziekten in zoverre dit in de huisartspraktijk mogelijk is.

De laatste jaren hebben huisartsen zich verenigd in zorggroepen om dit soort chronische zorg te helpen vorm geven. Een zorggroep kan een belangrijke ondersteuning bieden bij het helpen organiseren van chronische zorg en het kwalitatief verbeteren van deze zorg. Tevens vormt een zorggroep een aanspreekpunt namens meerdere huisartsen voor andere hulpverleners en betrokkenen zoals overheid en verzekeraars om afspraken te maken over de organisatie en financiering van de zorg. In 2007 hebben de huisartsen in de regio Oss-Uden-Veghel de zorggroep Synchron opgericht en werd gestart om de zorg voor diabetes patiënten te optimaliseren. In 2010 werd gestart met de eerstelijns DBC diabetes mellitus. Ook in 2010 werd door Synchron een zorgprogramma CVRM opgesteld en aangeboden aan haar leden. Hiermee konden de bij Synchron aangesloten huisartsen vast een start maken met het implementeren van CVRM in hun praktijk.

Sedert 1 januari 2013 wordt het CVRM als keten DBC georganiseerd en gecontracteerd met de zorgverzekeraars. Vanaf 1 januari 2014 vindt er registratie plaats in het KIS.

Centrale begrippen in dit programma zijn zelfmanagement, individueel zorgplan en centrale zorgverlener. Hiermee wordt beoogt een op het individu van de patiënt toegesneden zorgverlenerproduct waarbij de patiënt zelf medeverantwoordelijk wordt gemaakt. De patiënt maakt zelf keuzes over vorm en inhoud van de zorg. De huisarts is samen met zijn ondersteunend personeel, centraal aanspreekpunt voor vragen en sturing.

De huisartspraktijk

Om deel te kunnen nemen aan de 1^e lijn DBC cardiovasculair van Synchron zal de huisartspraktijk aan bepaalde eisen dienen te voldoen. Allereerst zal er voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig dienen te zijn in de vorm van een POH-somatiek. Tevens dient er voldoende assistentie aanwezig te zijn voor administratieve doeleinden. Het spreekt voor zich dat de praktijken over voldoende ruimtes dienen te beschikken om deze medewerkers te huisvesten.

De medewerkers in de huisartspraktijk dienen zich zo nodig extra te scholen waar het lacunes in kennis en vaardigheden betreft. Praktijkondersteuners dienen een cursus "motivational interviewing" gevolgd te hebben.

In de huisartspraktijk dient een praktijkprotocol cardiovasculair risicomanagement aanwezig te zijn waarin voor de lokale situatie staat beschreven hoe het zorgprogramma wordt uitgevoerd. Een voorbeeldprotocol is te vinden op het bestloten deel van de website van Synchron.

Bij start met deelname aan de cardiovasculaire DBC dient een lijst met patiënten opgesteld te worden die voor CVRM in de huisartspraktijk behandeld worden en binnen het zorgprogramma vallen (inclusie). Dit volgens de criteria zoals omschreven in het zorgprogramma. Deze lijst wordt via VIP Live voor Zorggroepen van Calculus doorgegeven aan Synchron.

Kort nadat een huisartsenpraktijk start met het zorgprogramma wordt de praktijk gevisiteerd door een cardiovasculaire deskundige van de zorggroep Synchron. Speciale aandachtspunten bij deze visitatie zijn selectieprocedure patiënten, registratie en organisatie. Daarnaast is het een aandachtspunt of er gewerkt wordt met een individueel zorgplan en hoe zelfmanagement vorm wordt gegeven. Registratie dient plaats te vinden in het KIS. Voor extractie van indicatoren stelt de huisarts het HIS open. Extractie zal plaats vinden door Synchron met behulp van MIMS Expertisegroep UMC St Radboud te Nijmegen. Met behulp van de door de monitoring verkregen feedback worden jaarlijks verbeterpunten geformuleerd op zowel Synchron- als praktijkniveau.

Doel eerste lijn cardiovasculaire zorg van Synchron

De zorggroep Synchron stelt zich ten doel.

1. het helpen organiseren en ondersteunen van haar leden bij de uitvoering van het cardiovasculaire zorgprogramma, volgens NHG -en zorgstandaard.
2. indien mogelijk voor haar leden een keten DBC cardiovasculair te contracteren en faciliteren.

Het doel van deze handleiding is om te beschrijven hoe onderstaande doelen gerealiseerd kunnen worden.

Zorginhoudelijk

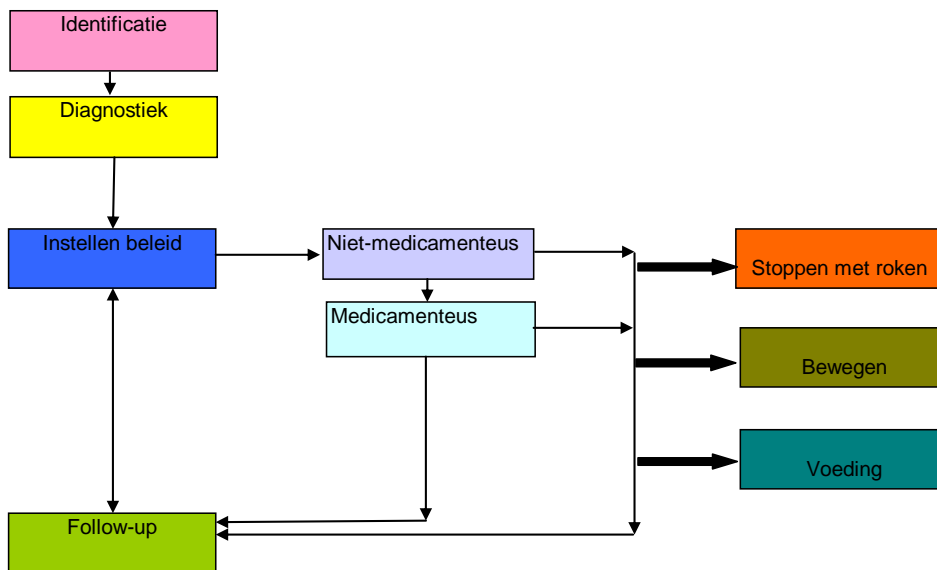
- Het vroegtijdig signaleren van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico.
- Het adequaat monitoren van de patiënt, teneinde preventief te kunnen interveniëren en via een gestructureerd zorgaanbod het risico op een cardiovasculair event te reduceren
- Het motiveren van patiënten tot het zelfstandig aanpakken van risicofactoren (eventueel met begeleiding) door zelfmanagement.
- Meer aandacht voor educatie en preventie, teneinde het ontstaan en de ontwikkeling van de HVZ, en/of de complicaties hiervan, te voorkomen.

Organisatorisch

- Uniformiteit in werken en registreren bevorderen.
- De communicatie en samenwerking tussen de verschillende disciplines te verbeteren.
- Het adequaat registreren van gegevens op de aggregatieniveaus: patiënt, praktijk en zorggroep.
- De taakverdeling te verhelderen zodat de verschillende deelnemers op de hoogte zijn van elkaars werkwijze, mogelijkheden en verantwoordelijkheden. Hierdoor kan er efficiënter met de middelen en met de mankracht worden omgegaan. Tevens kan hierdoor transparante zorg op maat worden geleverd. Dit kan het beste door de patiënten op te sporen, te behandelen en te begeleiden via een categoriaal CVRM-spreekuur.

Het zorgproces

In onderstaande figuur zijn de hoofdonderdelen van de zorg weergegeven in hun onderlinge samenhang: identificatie, diagnostiek, instellen beleid, follow-up. Het zorgproces kan worden onderscheiden in de volgende onderdelen:



Om wie gaat het: identificatie en registratie van patiënten

Identificatie en inclusie

Voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel komen de volgende patiënten in aanmerking.

Groep 1

Patiënten met een doorgemaakte hart en/of vaat ziekte. Het betreft: patiënten met coronairlijden: doorgemaakt myocardiinfarct (MI, K75 en K76) of angina pectoris (AP, K74), doorgemaakt CVA (K 90.03) of TIA (K89), , perifeer arterieel vaatlijden (PAV, K92.01), aneurysma aortae (K99.01).

Groep 2

Patiënten zonder hart/vaatziekte of DM maar die bekend zijn met een SBD > 140 mm HG, een totaal cholesterol van > 6,5 of roken en ouder zijn dan 50 jaar. De huisarts kan dit op het spoor komen door klachten van de patiënt, een belaste familieanamnese, zichtbaar overgewicht, verzoek van de patiënt of onderzoek naar bloeddruk of cholesterol elders (bv keuring) of als dit al bekend is. Ook patiënten met reumatoïde artritis of chronische nierschade komen in aanmerking voor het opstellen van een risicoprofiel.

Van de patiënten in groep 2 wordt een risicoschatting gemaakt met behulp van de SCORE kaart (zie diagnostiek).

Na opstellen van het CVRP (zie diagnostiek) wordt bepaald of patiënten in aanmerking komen voor het zorgprogramma CVRM. De volgende patiënten komen hiervoor in aanmerking:

- Groep 1
Doorgemaakte HV-ziekte (secundaire preventie groep)
- Groep 2
Verhoogd vasculair risico(primaire preventie groep)
Patiënten bij wie het SCORE risico (sterfte en/of ziekte) > 20% bedraagt. Dit betreft in de SCORE-tabel de rood gearceerde groep en de gele groep waarbij 1 sterke of 2 milde additionele risicofactoren zijn (zie tabel CVRM-standaard) Voor 70+ers komt daarbij dat zij alleen geïnccludeerd worden indien er een medicamenteuze behandel indicatie is (SBD>140 mmHg of LDL > 2,5 mmol/l)
- Groep 3
Patiënten die in verband met hun verhoogd risico reeds medicatie gebruiken.
In principe is deze medicatie gestart omdat het risico > 20% bedraagt. Derhalve mag men er vanuit gaan dat deze patiënten in het zorgprogramma vallen.
Bij het dossieronderzoek (zie paragraaf 3.3.3.1) dient men dit wel te verifiëren. Medicatie kan immers ook gestart zijn om andere indicaties (bijv. B-blocker bij migraine, Ca-antagonist bij Raynaud syndroom).

Exclusie:

De volgende patiënten hebben weliswaar een (sterk) verhoogd cardio-vasculair risico echter vallen zij niet onder dit zorgprogramma:

1. Patiënten met DM. Voor patiënten met DM bestaat bij Synchron een apart zorgprogramma alwaar ook het CVR gemonitord en behandeld wordt.
2. Patiënten met ernstige co-morbiditeit. Bij ernstige co-morbiditeit (te denken valt aan gevorderde dementie, terminale patiënt etc.) kan van een reguliere eerstelijns disease-management aanpak van CVRM geen sprake meer zijn.

Patiënten met hartfalen vormen een aparte groep. Bij het merendeel van deze patiënten vormt een hart-vaatziekte of hypertensie de onderliggende oorzaak en derhalve komen zij ook in aanmerking voor CVRM. Aan de andere kant kan hartfalen ook door niet atherosclerotische ziekten veroorzaakt worden. Risico management is dan niet zinvol of logisch. Hier komt nog bij dat hartfalen patiënten een aparte, vaak hoogbejaarde populatie vormen met veel co-morbiditeit waarbij het weliswaar goed is dat de zorg structureel volgens een programma geregeld wordt maar deze van een heel andere aard is dan het risicomanagement.

Hoe patiënten met reeds bekende risico's en morbiditeit te identificeren uit het HIS wordt verder in het bedrijfsplan beschreven.

Indien patiënten voor hun CVRM behandeld worden door een specialist (hoofdbehandelaar specialist) worden ze niet door de huisarts geïnccludeerd in het zorgprogramma. Afspraken over het verwijlsbeleid tussen eerste en tweede lijn zijn terug te vinden in de regionale transmurale afspraak CVRM van Synchron en het ziekenhuis Bernhoven. In 2015 zal er een substitutieproject van start gaan waarin cardiologen en huisartsen afspraken hebben gemaakt om stabiele cardiale patiënten terug te verwijzen naar de 1^e lijn (hoofdbehandelaar huisarts)

Registratie

Bij patiënten wordt de ICPC code overeenkomstig aanwezige aandoening aangemaakt:

K74 Angina pectoris

K75 Myocard infarct

K76 Andere/chronische ischaemische hartziekte

K89 TIA

K90.03 ischeemisch CVA

K92.01 Perifeer Arterieel Vaatlijden

K99.01 Aneurysma aortae

K86 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging

K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging

T93 Vetstofwisselingsstoornis

Patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico, al dan niet met een cardiovasculaire aandoening of patiënten die in aanmerking komen voor het opstellen van een cardio vasculair risicoprofiel, vormen een heterogene groep. Daarom is adequate registratie in het HIS van groot belang.

Het NHG heeft een advies uitgebracht hoe dit op uniforme wijze in het HIS kan gebeuren. Dit advies wordt hieronder beschreven. Geadviseerd wordt dit advies te volgen.

Als aanvulling op dit advies kan de huisarts er voor kiezen de patiënten die in aanmerking komen voor deelname aan het zorgprogramma een ruiters te geven (bijv. HH (risico voor **H**art en vaatziekten **H**uisarts). Als patiënten voor het CVRM onder controle staan bij een specialist kan dan gekozen worden voor de ruiters HS (risico voor **H**art en vaatziekten **S**pecialist).

Deze aanvulling maakt het voor de huisarts op relatief eenvoudige wijze mogelijk te bepalen welke patiënten onder controle staan binnen het zorgprogramma.

Het NHG advies voor uniforme registratie luidt:

Bij een persoon zonder DM of HVZ of hypertensie of hypercholesterolemie:

- Maak een CVRM episode aan voor preventieve en groepsgerichte zorg.
- Codeer deze CVRM episode met de code uit de verrichtingen component van de ICPC: "Andere preventieve verrichting tr. Circulatorius (K49)".
- Registreer de CVRM handelingen en activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.
- Leg met de diagnostische bepaling 'Risico HVZ volgens CVRM' het risico vast. Alle risicocategorieën worden verder in deze episode vervolgd.
- Indien na risico inventarisatie sprake is van een verhoogd risico met hypertensie of hypercholesterolemie, hernoem de K49 met respectievelijk K86.01 essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging en T93.01 Hypercholesterolemie. Indien een persoon ondanks alle preventie in de loop van de tijd een DM type 2 of een HVZ ontwikkelt, hernoem de K49 episode met respectievelijk T90.02 Diabetes mellitus type 2 of een van de relevante codes voor HVZ.
- Blijf de CVRM handelingen en activiteiten in dezelfde episode registreren.

Bij een persoon met een reeds aanwezige CV-risico of DM of HVZ

- Maak geen nieuwe CVRM episode aan, maar voeg aan de bestaande episodetitel "CVRM" toe.
- Bij diabetes patiënten kan dit eventueel achterwege blijven, omdat bij deze patiënten structureel het CVRM protocol moet worden gevolgd.
- Registreer de CVRM handelingen en activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.

Bij een persoon met een combinatie van meerdere zaken tegelijk

- Maak geen nieuwe CVRM episode aan.
- Indien DM aanwezig is: registreer de CVRM handelingen en activiteiten altijd in de DM episode.
- Indien geen DM aanwezig is kies uit een van de relevante episodes, verander de ICPC code van de episode niet en voeg aan de episodetitel "CVRM" toe.
- Registreer de CVRM handelingen en activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.
- Indien eerst een HVZ en pas later DM optreedt, wordt de CVRM registratie verplaatst naar de DM episode. Vergeet niet om de CVRM aanduiding uit de titel van de HVZ episode te verwijderen.

Aantal CVRM contacten

Het NHG kan zich voorstellen dat voor alle bovenstaande situaties men wil kunnen vaststellen hoe vaak een CVRM contact is geweest. Daartoe kan de ICPC procescode K49 "Andere preventieve verrichting tr. Circulatorius" in het deelcontact vastgelegd worden.

Diagnostiek

Afhankelijk van de situatie zal een deel van de diagnostiek reeds verricht worden bij de identificatie van de patiënt.

Anamnese:

- Cardiovasculaire voorgeschiedenis.
- Rookgedrag vanaf welke leeftijd, aantal sigaretten per dag, stoppogingen.
- Alcoholgebruik. Aantal per dag.
- Familie anamnese: hart en vaatziekten < 60 jaar bij ouders, broers of zussen, familiale hypercholesterolemie.
- Voedingsgewoonten hoe wordt er gegeten, wat wordt er gegeten: hoeveelheid, vetten, suikers, zout, drop.
- Medicijngebruik bloeddrukverhogende medicatie (nsaid, corticosteroiden).
- Lichaamsbeweging welke lichaamsbeweging heeft patiënt, hoe vaak?

Lichamelijk onderzoek

- Bloeddruk, zie bijlage 4
- Gewicht, lengte: BMI wordt berekend
- Middel omtrek

Laboratorium onderzoek

- Lipidenspectrum(nuchter): totaal cholesterol, LDL -en HDL-cholesterol, ratio cholesterol/HDL, triglyceriden
- Glucose (nuchter)
- Kreatinine en MDRD
- Kalium
- Urine: micro albuminurie

Op indicatie:

- ECG (bij vermoeden langdurige hypertensie voor linker ventrikelhypertrofie, ritmestoornissen).
- 24-uurs bloeddruk meting/thuisbloeddrukmetingen (bij sterk wisselende bloeddruk metingen, verdenking witte jassen hypertensie, pseudotherapie resistente hypertensie, evt. voor start medicamenteuze behandeling) (zie bijlage 4).

Riscoschatting

Bij patiënten zonder HVZ worden de gegevens uit het risicoprofiel gebruikt om de 10-jaarsrisico van sterfte en/of morbiditeit door HVZ van de patiënt te schatten. De NHG standaard cardiovasculair risicomangement gebruikt hiervoor de SCORE-risicofunctie.

In de SCORE-risicofunctie zijn de volgende factoren uit het risicoprofiel verwerkt: leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk (SBD) en TC/HDL ratio (verhouding Totaal cholesterol en HDL Cholesterol). Voor patiënten met DM of RA wordt dit risico berekend door 15 jaar bij de leeftijd op te tellen.

Toelichting voor het gebruik van de risicotabel.

Het 10-jaarsrisico van sterfte en ziekte door HVZ wordt uitgedrukt in een percentage en afgelezen op basis van leeftijd, geslacht, rookstatus en actuele SBD en TC /HDL -ratio.

Patiënten met een SBD van >180mmHg of een TC/HDL/ratio > 8 hebben zo wie zo een risico van >20% en komen in aanmerking voor medicamenteuze behandeling.

Bij additionele risicofactoren, zoals een belaste familieanamnese, ongezond voedingspatroon, weinig lichamelijke activiteit en een BMI > 30 of middelomtrek > 102 cm bij mannen en > 88 cm bij vrouwen, is het risico van HVZ hoger dan in de tabel.

Instellen beleid

Bij het instellen van beleid staan de principes van het chronic care model voorop. Dit wil in de praktijk zeggen dat samen met de patiënt gekeken wordt welke factoren de gezondheid op cardiovasculair gebied negatief beïnvloeden en waaraan de patiënt, geïnformeerd door de zorgverlener, prioriteit geeft verandering in aan te brengen (individueel zorgplan). Bij het informeren van de patiënt is het van groot belang te wijzen op de gunstige effecten van niet-medicamenteuze behandeling ofwel life-style verandering. Met name educatie en het stimuleren van zelfmanagement staan hierbij voorop.

Rol patiënt (Zelfmanagement)

Patiënten zijn verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid. Om deze verantwoordelijkheid op zich te kunnen nemen, zijn informatie en emotionele ondersteuning op maat nodig, alsook strategieën voor het omgaan met de ziekte in het dagelijks leven. De patiënt en de praktijkondersteuner stellen samen de gezondheidsproblemen vast, de prioriteiten in de behandeling, de doelen en de zorgplannen. Deze afspraken worden vastgelegd in een individueel zorgplan in het HIS of KIS en/of het zorgdagboek van de patiënt. Hierin staat welke doelen een patiënt wil bereiken, welke beslissingen zijn genomen om deze doelen te realiseren en waaruit de begeleiding en de follow-up bestaan. De geadviseerde leefstijlinterventies vormen een onlosmakelijk onderdeel van het individueel zorgplan. Een belangrijke tool bij het zelfmanagement kan de website www.kiesbeter.nl vormen.

Rol praktijkondersteuner als leefstijladviseur

De praktijkondersteuner is de centrale zorgverlener, het aanspreekpunt voor het gehele behandelteam en de patiënt. De praktijkondersteuner heeft een centrale rol in de totstandkoming van het individuele behandelplan en fungeert als leefstijladviseur voor patiënten.

De praktijkondersteuner/leefstijladviseur bepaalt in samenwerking met de patiënt het individueel zorgplan. Op basis van onder andere motivatie en eventuele klachten of beperkingen kan er deelgenomen worden aan leefstijlinterventies. Hierbij is de praktijkondersteuner/leefstijladviseur, de coach, die de patiënt begeleidt en de spil in het web voor alle betrokkenen. Leefstijlinterventies beïnvloeden de positieve determinanten van gezond gedrag, zodat de risico's op hart- en vaatziekten worden beperkt. Hierin is zelfmanagement principieel verweven.

De uitvoering van de verschillende leefstijlinterventies gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, fysiotherapeut, diëtist, poh GGZ, de hagro ondersteuner en lokale aanbieders van sport-, beweeg- en buurtactiviteiten.

Schema beleid o.b.v SCORE risico tabel

Risico <10%:

- leefstijladviezen geven
- geen medicamenteuze therapie

Risico 10-20%:

- leefstijladviezen
- medicamenteus beleid indien er sprake is van overgewicht en/of weinig bewegen en/of nierlijden en/of familiale belasting;
- op weloverwogen verzoek van de patiënt of bij clustering van risicofactoren bij relatief jonge patiënt met een SBD>160

Risico >20%:

- leefstijladviezen
- medicamenteus beleid
 - Antihypertensiva indien SBD > 140 mmHg
 - Statine indien LDL > 2,5

Patiënten met HVZ:

- leefstijladviezen
- medicamenteus beleid:
 - Acetylsalicylzuur (minimaal 80mg)
 - Bij CVA/TIA dipyridamol 2 dd 200 mg (de combinatie van acetylsalicylzuur en dipyridamol kan evt vervangen worden door clopidogrel 1dd 75 mg)
 - Antihypertensiva bij SBD > 140 mmHg
 - Statine bij LDL > 2,5

Ouderen (standaard risico > 20%):

De nieuwe richtlijn CVRM welke in 2011 is verschenen geeft specifieke aanbevelingen voor ouderen. In het algemeen kan gesteld worden dat ook ouderen baat hebben bij (medicamenteuze) behandeling bij een verhoogd risico. Wel dient bij 80-plussers pas behandeld te worden bij een SBD van > 160 en is een streven naar een SBD van 150 mmHg afdoende.

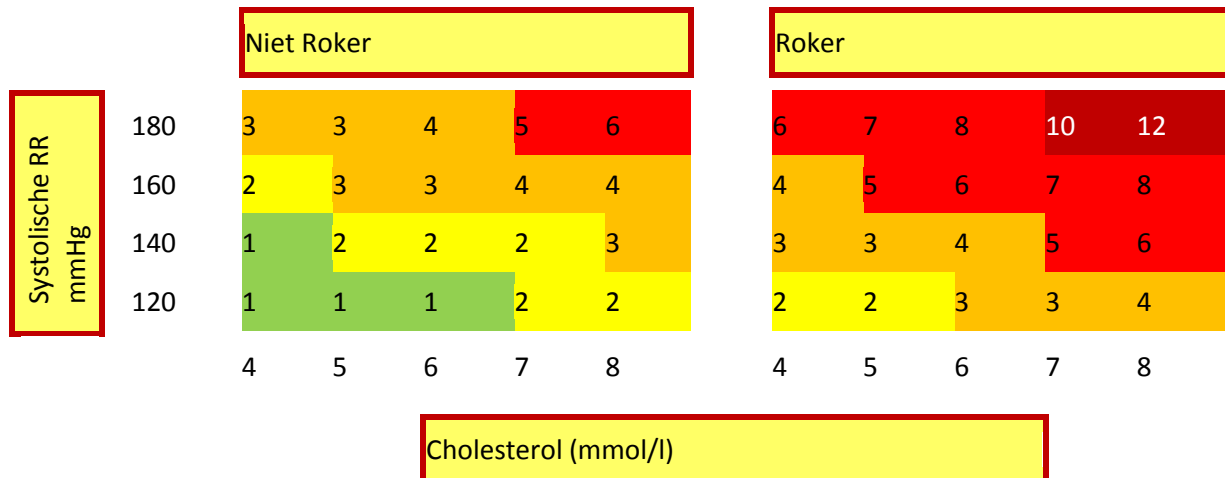
Er zijn voldoende aanwijzingen om het gebruik van aspirine, bètablokker en statine te continueren, tenzij interacties of een korte levensduur op de voorgrond staan.

- In principe behandelen naar streefwaarden
- Geen leeftijdsgrens meer in de behandeling met statines.
- Bij behandeling mogelijk nadelen van de behandeling goed in beschouwing nemen. (polyfarmacie, co-morbiditeit)

Jongere patiënten:

Bij jonge patiënten is het risico vaak nog niet boven de drempel voor behandeling. Bij deze groep is medicamenteuze behandeling in principe dan ook niet geïndiceerd. Juist op jonge leeftijd zijn leefstijlaanpassingen het meest zinvol. Indien een jongere patiënt weliswaar een laag absoluut risico maar een hoog relatief risico heeft (zie tabel) die patiënt erop gewezen te worden dat het aanpassen van zijn leefstijl het meest effectief is.

Toch kan er indien er een clustering van risicofactoren is, leefstijlmaatregelen niet effectief zijn en er een SBD van > 160 mm Hg persisteert overwogen worden te starten met medicamenteuze behandeling. Er dient uitdrukkelijk mee overwogen te worden dat het aantal jongere mensen dat dan behandeld dient te worden om 1 ziekte- of sterftegeval te voorkomen zeer hoog is.



Relatieve risico tabel van de European Society of Cardiology. Hierin kan men aflezen het relatieve risico wat een patiënt die rechtsboven zit in de tabel loopt ten opzichte van een patiënt die links onder zit in de tabel

Zorgprofielen

Naar aanleiding van voorgaande zijn een aantal zorgprofielen (behandelstromen, modules) te onderscheiden. Een zorgprofiel geeft de specifieke fase aan waarin deze patiënt zich in het zorgproces bevindt. Ieder zorgprofiel heeft zijn eigen zorgbehoefte en is derhalve vooral van belang op het moment dat er een keten-DBC ontwikkeld wordt.

De volgende zorgprofielen zijn te onderscheiden:

- initiële fase
- follow-up fase

Deze fases gelden voor ieder van de volgende te onderscheiden patiëntengroepen:

- groep met hart en vaatziekten
- groep patiënten met SCORE % > 20 %

Iedere patiënt wordt dus in een van deze 4 (2 x 2) zorgprofielen ingedeeld waarbij overgang van het ene naar het andere (stabiel naar ontregeld) mogelijk is.

Follow up

Voor een blijvend effect van de niet medicamenteuze en medicamenteuze behandeling dient een duidelijke follow-up te worden afgesproken. Het controle schema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de (co) morbiditeit en de persoonlijke wensen.

De follow-up met CVR bestaat uit:

- Jaarcontrole voor zowel patiënten die in aanmerking komen voor primaire preventie als voor secundaire preventie. Na het instellen van de behandeling, medicamenteus of niet-medicamenteus, is jaarlijkse evaluatie van de therapie en het individuele zorgplan gewenst. Hierbij wordt ook nagegaan of er veranderingen hebben plaatsgevonden in het risicoprofiel.

De praktijkondersteuner of de huisarts vragen naar klachten, voeren een anamnese uit, meten pulsaties, lengte, gewicht en bloeddruk. Voorafgaande aan de follow-up is de patiënt verwezen voor laboratoriumonderzoek (lipidenspectrum, glucose + serumkreatinine en urineonderzoek).

- Tijdens de follow-up is het van groot belang bij elk contact te informeren naar de therapietrouw en daar bij de behandeling rekening mee te houden.
- Zo nodig worden in een vervolg follow-up consult leefstijladviezen gegeven.
- Zo nodig wordt het individuele zorgplan in een vervolg follow-up consult nader geëvalueerd.
- Bevindingen worden genoteerd in het HIS of evt. KIS (CVRM protocol, meetwaardenscherm).

Het is belangrijk om de jaarcontroles te plannen en te benoemen om te voorkomen dat patiënten door tussentijdse controles uit beeld verdwijnen. Bij alle patiënten wordt derhalve een jaarcontrole afgesproken, ongeacht eventuele tussentijdse controles. De jaarcontrole is tevens het moment waarop de monitor gegevens bijgewerkt worden.

Niet medicamenteus:

Patiënten met doorgemaakte hart –en vaatziekten en met een SCORE risico van > 10% krijgen de volgende life style adviezen:

Stoppen met roken.

Er vindt een rook anamnese plaats (zie boven). Er wordt geïnformeerd naar motivatie te stoppen of minderen met roken en of er reeds stoppogingen gedaan zijn. Indien stoppogingen mislukt zijn wordt er geïnformeerd wat hiervan de oorzaak was. Er wordt geïnformeerd naar motivatie van patiënt te roken. Indien patiënt gemotiveerd is te stoppen met roken wordt patiënt verwezen naar stoppen met roken programma/spreekuur binnen de eigen praktijk.

In de huisartspraktijk wordt een stoppen met roken programma aangeboden bijv. de MIS (minimale interventie strategie). Indien de huisartspraktijk niet over een dergelijk programma beschikt of de mogelijkheden daartoe heeft wordt verwezen naar een extern stoppen met roken programma.

Gezonde voeding

Met de patiënt worden de richtlijnen gezonde voeding besproken: per dag 200 gram groente en 2 stuks fruit, 1-2 maal per week (vette) vis (zalm, haring, heilbot, sprot, makreel), minder dan 10 energieprocenten verzadigd vet, minder dan 1 energieprocent transvet (roomboter, harde margarines, vet vlees en vette vleeswaren, vetrijke kaas en volle melk, kofficreamers, snacks, gebak en koekjes), zoutbeperking tot max. 6 gram per dag, beperking gebruik van alcohol vrouwen max. 2 glazen per dag, mannen max. 3 glazen per dag.

In de praktijk zijn foldermaterialen met voorbeelden en adviezen voor gezonde voeding aanwezig. Indien patiënt met vragen blijft zitten of niet weet hoe te voldoen aan de richtlijnen wordt verwezen naar een diëtiste waarbij de voorkeur uitgaat naar een diëtiste waarmee de zorggroep Synchron afspraken heeft gemaakt over het te volgen beleid. Voor minimaal eenmalige advisering door diëtiste komen in aanmerking: patiënten met hypercholesterolemie, en doorgemaakt hart- of vaatziekte, patiënten met familiale hypercholesterolemie, patiënten met BMI > 30 waarbij het niet lukt af te vallen.

Gewicht optimaliseren

Het streven is naar een BMI < 25 kg/m² of middelomtrek van < 80 cm voor vrouwen en < 94 cm voor mannen. Indien de patiënt hier ondersteuning bij nodig heeft wordt verwezen naar een door Synchron gecontracteerde diëtist.

Lichaamsbeweging

Bij voorkeur ten minste 5 dagen per week 30 minuten per dag fietsen, stevig wandelen, tuinieren, enzovoorts. Patiënt wordt geïnformeerd dat bewegen tevens een positief effect heeft op lichaamsgewicht, bloeddruk en cholesterol gehalte. Besproken wordt hoe beweegactiviteiten ingebouwd kunnen worden in het dagelijks leven van patiënt. Indien patiënt moeite heeft dit te realiseren of angstig is voor lichamelijke klachten wordt patiënt verwezen naar een fysiotherapeut voor een specifiek beweegprogramma waarbij de voorkeur uitgaat naar een fysiotherapeut met wie de zorggroep Synchron afspraken heeft gemaakt over het te volgen beleid.

In de huisartsenpraktijk zijn diverse ondersteunende materialen aanwezig op het gebied van stoppen met roken, voeding, gewichtsreductie en bewegen.

Materialen bestaan uit NHG folders en patiëntenbrieven, dieetadvies lijsten m.b.t. gezonde voeding, caloriebeperking en cholesterol verlaging en beweegprogramma's.

Zorggroep Synchron is met de organisatie van diëtisten in de regio in overleg getreden over verwijsindicaties, het beleid, rapportage en terugverwijzing.

Zorggroep Synchron treedt met de organisatie van fysiotherapeuten in de regio in overleg over verwijsindicaties, beweegprogramma, rapportage en terugverwijzing.

Zorggroep Synchron is betrokken bij het 3-jarig project Biowalking waarin natuur, gezondheid en bewegen aan elkaar gekoppeld worden.

Medicamenteus:

Antihypertensiva

Keuze van anti-hypertensiva.

De wijze waarop de bloeddruk wordt behandeld is afhankelijk van eventuele onderliggende aandoening. (zie ook bijlage 4 NHG standaard CVRM)

Patiënten zonder HVZ: Stap 1: gestart wordt met een thiazide diureticum of een calcium-antagonist in lage dosering. Indien de streefwaarde niet wordt gehaald wordt als stap 2 een ACE remmer (of indien bijwerkingen een A2- antagonist) toegevoegd. Indien streefwaarde nog steeds niet wordt gehaald (stap 3), wordt afhankelijk wat als stap 1 is aangegeven een diureticum of calcium antagonist toegevoegd. Bij patiënten jonger dan 50 jaar zal eerder gestart worden met een ACE remmer of B-blocker en daarna eventueel de andere middelen. Bij aanwezigheid van micro-albuminurie of een verlaagde glomerulaire filtratiesnelheid wordt behandeling met een ACE remmer overwogen. Bij hypokaliëmie zijn thiaziden gecontra-indiceerd als monotherapie. Bij ouderen wordt monotherapie met een B-blocker niet aanbevolen. Indien met 3 middelen onvoldoende controle wordt bereikt wordt het stappenplan therapie resistente hypertensie (TRH) gevolgd (zie bijlage NHG standaard). Na start en iedere dosisverhoging van ACE remmer of A2 antagonist wordt na 2 weken de nierfunctie en het kaliumgehalte gecontroleerd.

Bij patiënten met angina pectoris, doorgemaakt MI of hartfalen zijn beta-blockers geïndiceerd. Patiënt met hartfalen dient eerst ontwaterd te zijn. Bij patiënten na coronaire revascularisatie, na een hartinfarct en patiënten met hartfalen op basis van coronaire hartziekten wordt de prognose verbeterd met ACE remmer, zelfs als de bloeddruk normaal is. Bij patiënten die een CVA of TIA hebben doorgemaakt wordt ook bij normale bloeddruk overwogen een bloeddrukverlagende behandeling in te stellen. Bij patiënten met DM 2 wordt een SBD > 140 behandeld met anti-hypertensiva. Tijdens de instelfase wordt de bloeddruk iedere 2-4 weken gemeten.

Statine

Behandeling voor alle patiënten groepen vindt plaats met simvastatine 40 mg of pravastatine 40 mg. Bij ervaren bijwerkingen (spierpijn) wordt de dosis verlaagd of wordt het middel tijdelijk gestaakt. Controle van cholesterolgehalte vindt plaats na 3 maanden en daarna jaarlijks (zie follow up). Bij alle patiënten wordt gestreefd naar een LDL van onder de 2,5 mmol/l. Bij patiënten met een zeer sterk verhoogd risico kan gestreefd worden naar een LDL onder de 1,8 mmol/l.

Indien de streefwaarde niet wordt bereikt met bovenstaande middelen kan overwogen worden te switchen naar een middel met een krachtiger LDL reducerend vermogen (atorvastatine en in uitzonderingsgevallen met rosuvastatine). Patiënten met een HVZ of DM 2 en een LDL < 2,5 mmol/l kan bij een sterk verhoogd risico dit toch aanleiding zijn te starten met een statine.

Antistolling

Acetylsalicylzuur 80 mg tenzij er een indicatie is voor orale anti-stolling. Bij overgevoeligheid kan clopidogrel worden voorgeschreven. Bij patiënten met een doorgemaakte TIA of CVA tevens dipyridamol 2 dd 200 mg. Eventueel kan de combinatie van acetylsalicylzuur en dipyridamol worden vervangen door clopidogrel.

Patiënten met een SBD > 180 komen onafhankelijk van hun SCORE risico in aanmerking voor anti-hypertensieve medicamenteuze behandeling.

Patiënten met een totaal cholesterol hoger dan 8 mmol/l wordt middels de NHG richtlijn familiale hypercholesterolemie (FH) de kans berekend op FH en zo nodig (eventueel middels verwijzing naar een vasculair internist), onderzoek geïnitieerd naar FH. Ook deze patiënten komen in aanmerking voor medicamenteuze, cholesterolverlagende therapie.

Verwijsindicatie:

Bij de volgende patiënten wordt verwijzing naar specialist (vasculair internist) overwogen:

- SBD die ondanks 3 middelen in voldoende dosering niet leidt tot adequate RR daling. Een daling van < dan 10 mm Hg wordt als onvoldoende beschouwd
- aanwijzingen voor secundaire hypertensie
- maligne hypertensie
- aanwijzingen voor familiale hypercholesterolemie (zie NHG standpunt diagnostiek en behandeling FHC): voor genetisch onderzoek of naar vasculair internist als huisarts dit niet in eigen beheer uitvoert.

Zie ook onderdeel Ketenpartners.

Behandeling van Hart- of Vaatziekte

Het risico management voor patiënten met een doorgemaakte hart- of vaatziekte is reeds beschreven. Naast dit risicomanagement behoort ook de afzonderlijke hart- of vaatziekte behandeling en/of follow-up te krijgen. Deze zorg valt binnen het zorgprogramma. Het betreft de zorg voor patiënten die reeds geïnccludeerd zijn in het zorgprogramma en geldt dus niet voor nieuwe events.

De omvang van deze zorg wordt beschreven in de NHG-standaarden angina pectoris, beleid na doorgemaakt myocard infarct, CVA, TIA, hartfalen, atriumfibrilleren en perifere arterieel vaatlijden.

Handleiding introductie CVRM in de praktijk

Dit deel gaat over hoe het zorgprogramma CVRM te implementeren in de praktijk. Bij deze implementatie wordt rekening gehouden met een soepel overgang naar een keten DBC.

Implementatie van het CVRM is maatwerk. Iedere huisartspraktijk zal een andere Ausgangssituatie hebben en afhankelijk hiervan zal de hoeveelheid werk en tijd die er mee gemoeid is om CVRM te implementeren verschillen. De huisarts doet er goed aan voor start van het CVRM een analyse te maken van zijn praktijksituatie op dit gebied. Ook de precieze uitvoering van het CVRM kan verschillen. Zo kan de ene praktijk ervoor kiezen oproepen te laten verzorgen door een diagnostisch centrum terwijl de andere praktijk dit in eigen hand houdt of zullen sommige controles in de ene praktijk gedaan worden door de praktijkondersteuner en in de andere door de assistente of de huisarts zelf.

Vorbereidingen

Analyseer waar knelpunten kunnen zitten.

Het is belangrijk u van te voren te realiseren waar eventuele knelpunten kunnen zitten. Te denken valt b.v. aan voldoende spreekuurtijd bij POH, mogelijkheid selecties te maken uit uw HIS. Een hulpmiddel bij deze praktijkanalyse kan zijn de Quickscan zoals Synchron deze heeft ontwikkeld. De Quickscan houdt u een spiegel voor en toont u de eventuele zwakke plekken in uw organisatie. Aan de hand van deze analyse kan er een verbeterplan worden opgesteld, aanpassingen worden doorgevoerd en kan er van start worden gegaan met de implementatie.

Belangrijke punten zijn:

- Motivatie bij huisartsen en praktijkpersoneel. Voorspoedige uitrol van het CVRM vergt enige inzet en discipline. Van belang is dat iedereen weet waar men mee bezig is en daar ook achter staat.
- Voldoende spreekuurtijd en ruimte. Door het gestructureerd oproepen van risicopatienten zullen meer patienten gezien gaan worden. Hier zal voldoende tijd voor moeten worden ingeruimd op het spreekuur van de praktijkondersteuner. Is deze tijd er al? Is uitbreiding van FTE nodig? Is er voldoende spreekkamerruimte?

Een schatting maken van de extra tijd die nodig is is sterk afhankelijk van de uitgangssituatie: een praktijk zonder POH zonder enige vorm van gestructureerde controles zal fors moeten inzetten, de praktijk met (ruime) POH capaciteit zal amper uitbreiding behoeven.

Een normpraktijk heeft ongeveer de volgende aantallen "bekende" patienten:

Hart & vaatziekten (groep 1)	65
Hypertensie, hyperchol. Risico > 20%(groep 3)	185

Een groot deel hiervan staat al onder controle maar mogelijk niet bij de praktijkondersteuner.

Sommige patienten worden al gecontroleerd i.v.m. DM of staan bij een specialist onder controle.

De ene patient is goed ingesteld en behoeft maar één controle per jaar. De ander is nieuw of ontregeld of heeft behoefte aan begeleiding voor life-style en dient vaker gecontroleerd te worden. Deze verschillen gaan tot uiting komen in *de zorgprofielen* bij de DBC ontwikkeling.

Protocol opstellen

Voor iedereen in de praktijk moet duidelijk zijn wie wat doet en op welke manier de patient het diagnostisch en therapeutisch proces doorloopt. Een praktijk protocol is hierbij onontbeerlijk omdat situaties per praktijk kunnen verschillen. In dit protocol wordt invulling geven aan locale omstandigheden en bijzonderheden. Een voorbeeld protocol is te vinden op de website van Synchron.

Patientselecties maken

De patientengroepen om wie het draait bij CVRM zijn voor een groot deel bekend in de huisartspraktijk met hun aandoening of risicofactor. De volgende stap is om deze patienten te extraheren uit het HIS en lijsten op te stellen wie voor CVRM in aanmerking komt. Er zijn verschillende methoden om patienten te selecteren al naar gelang mate van gebruik van het HIS. Indien probleem en/of episode lijsten goed zijn bij gehouden en gecodeerd met ICPC is het mogelijk om op basis hiervan te selecteren.

Voor patiënten met hart vaat ziekten gaat het om de ICPC codes:

K74 Angina pectoris

K75 Myocard infarct

K76 Andere/chronische ischaemische hartziekte

K89 TIA

K90.03 CVA

K92.01 Perifeer Arterieel Vaatlijden

K99.01 Aneurysma aortae

Voor patiënten met een verhoogd risico om de ICPC codes:

K86 Essentiele hypertensie zonder orgaanbeschadiging

K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging

T93 Vetstofwisselingsstoornis

Een andere mogelijkheid is om te selecteren op gebruikte medicatie zoals bloedverduunners, anti-hypertensiva of cholesterolverlagers (ATC code evt via apotheker).

Uitsplitsen gecontroleerde en niet gecontroleerde patiënten in de huisartspraktijk: dossieronderzoek

Men kan er voor kiezen om alle patiënten die op de geselecteerde lijsten voorkomen op te roepen echter dan zal men veel patiënten oproepen die het afgelopen jaar reeds adequaat zijn gecontroleerd. Tijdrovend maar wel effectiever is het om de lijst met geselecteerde patiënten door te nemen om te beoordelen in hoeverre patiënten adequaat onder controle staan. Tevens kan men nu beoordelen of patiënten daadwerkelijk in het zorgprogramma behoren te vallen (zie inclusie criteria). Aan de hand van een paar van te voren vastgestelde parameters (afgelopen jaar gecontroleerd, RR en cholesterol genoteerd, gebruik bloedverduunners indien geïndiceerd en/of statine) kan zo de lijst geselecteerde patiënten opgesplitst worden in een deel die onvoldoende gecontroleerd is en een deel die voldoende gecontroleerd. Men doet er goed aan om deze laatste groep direct adequaat van ICPC codes en ruiters te voorzien. De groep onvoldoende gecontroleerde patiënten wordt uitgenodigd (schriftelijk met lab formulier) op het spreekuur van de POH. Binnen deze groep patiënten zal een deel onder controle staan van een specialist. Er wordt bewust voor gekozen om ook deze groep patiënten uit te nodigen.

Eenzijds omdat vaak niet duidelijk is of de specialist, die zich vooral met de onderliggende aandoening van de patiënt bezig houdt, voldoende aandacht besteedt aan het CVRM (te denken valt aan life-style verandering), anderzijds omdat op deze manier aan de patiënt is om te kiezen waar hij voor CVRM onder controle wil staan.

Patiënten die onder controle staan bij de specialist worden geruiterd met HS (CVRM door specialist).

Het doornemen van de lijsten van patiënten is tijdrovend. Er bestaat echter de mogelijkheid dit over langere periode uit te smeren. Start met oproepen en dus daadwerkelijk starten met het zorgprogramma hoeft niet te wachten totdat dit voltooid is maar kan direct starten met het doornemen van de lijsten. Een manier om de lijsten door te nemen is bijvoorbeeld van hoog naar laag risico. Zo kan gestart worden met de lijst patiënten met doorgemaakt CVA en diegene die onvoldoende gecontroleerd zijn kunnen direct opgeroepen worden, het is raadzaam om het aantal oproepen af te stemmen op de beschikbare mogelijkheden van het POH spreekuur bijv. 2-4 per week. Vervolgens gaat men door met de lijst TIA, myocardinfect etc.

Startdatum en bijeenkomst plannen

Alvorens daadwerkelijk te starten met oproepen en registreren is het belangrijk dat iedereen weet wat zijn taken zijn en wat er van hem wordt verwacht. Het dient voor iedereen duidelijk te zijn hoe er geregistreerd wordt er op welk moment er gecontroleerd wordt, wat er geregistreerd wordt. Tevens dient het duidelijk te zijn waar men terecht kan met vragen of problemen. Het is goed om hier een tijdstip voor te plannen en centraal de aftrap te geven zodat iedereen weet dat het loopt.

Start oproepen en monitoren

Het oproepen staat al deels hierboven beschreven. Men kan er voor kiezen dit zelf te verzorgen (uitnodigingen versturen door de assistentes) of dit uit te besteden aan bijv. een diagnostisch centrum. Het uitnodigen kan het best gefaseerd gebeuren, bijv. 2-4 per week. Men dient er bij de planning rekening mee te houden dat sommige patiënten pas na een jaar opnieuw gecontroleerd hoeven te worden maar anderen nadere behandeling en/of begeleiding behoeven.

Van patiënten die niet opgeroepen worden omdat ze adequaat gecontroleerd zijn dienen bij hun volgende (jaar)controle indicatoren ingevuld te worden in het meetwaardescherf of HIS-protocol en krijgen een afspraak mee voor volgende jaarcontrole. Ook zullen zich natuurlijk nieuwe patiënten melden. Deze worden volgens potocol ingesluisd in het zorgprogramma en in eht KIS.

Evalueren

De praktijk die start met CVRM doet er goed aan op gezette, liefst van te voren vastgestelde tijden een evaluatiemoment in te bouwen. Wat gaat goed, wat kan beter, waar zitten knelpunten, lopen we op schema?

Hulp bij uitvoer

Door het geven van nascholing aan huisartsen en POH's zal Synchron hulp bieden bij het organiseren en implementeren van CVRM. Door gespecialiseerde verpleegkundigen en/of de kaderarts hart- & vaatziekten werkzaam voor Synchron zal bij aanvang visitatie plaatsvinden, zodat de huisartspraktijk voldoende is ingericht om met het zorgprogramma van start te kunnen gaan.

Ketenpartners

Medisch specialisten

Het werkgebied van de huisartsen aangesloten bij zorggroep Synchron vertoont een grote mate van overlap met het adherentiegebied van het ziekenhuis Bernhoven. Zorggroep Synchron heeft met de maatschappen interne geneeskunde en cardiologie van het ziekenhuis Bernhoven afspraken gemaakt op het gebied van CVRM. Deze afspraken hebben geleid tot een regionale transmurale afspraak (RTA) CVRM. Deze afspraken zijn te vinden op de website van Synchron. Jaarlijks vindt er met deze specialisten overleg plaats over implementatie van deze richtlijn en eventuele aanpassingen en/of nadere afspraken. In 2015 zal gestart worden met een substitutie project waarbij stabiele cardiale patiënten worden terugverwezen naar de 1^e lijn.

Diëtisten

Synchron heeft met de regionale diëtisten vereniging DiS afspraken gemaakt welke patiënten verwezen kunnen worden voor dieetadvisering en begeleiding. Deze afspraken zijn gebaseerd op landelijke behandelrichtlijnen¹. In deze richtlijnen staat tevens beschreven wat de behandeldoelstellingen zijn bij de verschillende indicaties en wat de werkwijze van de diëtist is.

¹ Handboek Dieetbehandelingsrichtlijnen
Artsenwijzer Diëtetiek
Informatorium voor Voeding en Diëtetiek
CBO, Multidisciplinaire behandelrichtlijn Obesitas, 2008

Onderstaande indicaties gelden voor verwijzing naar de diëtist als patiënten zijn gemotiveerd tot leefstijlverandering maar bij wie de adviezen van de POH niet toereikend zijn of bij wie de begeleiding van de POH niet heeft geleid tot de gewenste verandering.

Indicaties:

Overgewicht

- BMI > 25 en/of middelomtrek voor mannen >102 cm en voor vrouwen >88 cm.
- BMI > 25 en comorbiditeit
- Bij jaarlijks oplopende BMI

Patiënten met overgewicht worden verwezen naar de diëtist indien:

- Als de cliënt meer informatie nodig heeft, een meer op maat gemaakt advies wil en/of onvoldoende resultaat bereikt met adviezen van de praktijkondersteuner.
- een uitgebreide dieetgeschiedenis (bijv. meerdere diëten geprobeerd, jojo-effect).
- Bijzondere woon- en leefomstandigheden, zoals ploegendienst, buitenlandse voeding, moeilijke eters, persoonlijke voedingsvoorkeur, zwangerschap en lactatie.
- Andere voedingsproblemen, zoals allergie, maag-darmklachten.
- Patiënten met eetbuien en of een eetstoornis.
- Patiënten met gestoorde glucosetolerantie.
- Patiënten die willen stoppen met roken en bang zijn voor gewichtstoename.
- Patiënten die willen afvallen met ondersteunende medicatie (bv. Xenical*, Alli*) of maaltijdvervangers.

Hypertensie en overgewicht

- Overgewicht zie hiervoor
- Bij een gemiddelde (van 2 controles) systolische bloeddruk van 140 mm Hg of hoger.

Patiënten met hypertensie en overgewicht worden verwezen naar de diëtist indien:

- De cliënt meer informatie nodig heeft, een meer op maat gemaakt advies wil en/of onvoldoende resultaat bereikt met adviezen van de praktijkondersteuner.
- Bij gebruik van anti-hypertensieve medicatie.
- Bijzondere woon- en leefomstandigheden, zoals ploegendienst, buitenlandse voeding, moeilijke eters, persoonlijke voedingsvoorkeur, zwangerschap en lactatie.
- Als een voedingsberekening gewenst is.

Hypercholesterolemie:

- Bij hypercholesterolemie en overgewicht: zie overgewicht.

Patiënten met hypercholesterolemie worden verwezen naar de diëtist indien:

- De cliënt meer informatie nodig heeft, een meer op maat gemaakt advies wil en/of onvoldoende resultaat bereikt met adviezen van de praktijkondersteuner.
- Na het stellen van de diagnose (erfelijke) hypercholesterolemie en/of hypertriglyceridemie.
- Patiënten zonder coronaire hartziekten met eerstegraads familieleden <60 jaar met coronaire hartziekten.
- Patiënten met een voorafgaand hartinfarct of anderszins symptomatisch vaatlijden.
- Personen zonder hart- en vaatziekten, maar wel verhoogd risico op coronaire hartziekten, volgens de SCORE-risicotabel.
- Bijzondere woon- en leefomstandigheden, zoals: ploegendienst, buitenlandse voeding, moeilijke eters, persoonlijke voedingsvoorkeur, zwangerschap en lactatie.

- Cliënten met gestoorde glucosetolerantie.

In 2015 zal gestart worden met groepsbehandeling dieetetik.

Fysiotherapeuten

Speciaal op CVRM toegespitste beweegprogramma's zijn terug te vinden op de website van Synchron. Voor 2015 zal Synchron nogmaals een inventarisatie maken welke beweeg -en leefstijlprogramma's er op gemeentelijk niveau worden aangeboden. Patienten die voor degelijke programma's in aanmerking komen zullen actief hier naar worden verwezen.

Fysiotherapie of beweegprogramma's maken nog geen onderdeel uit van de 1^e lijns DBC CVRM van Synchron.

Diagnostisch centrum

Bernhoven Diagnostisch Centrum heeft zijn diagnostische mogelijkheden afgestemd op de DBC CVRM. Zo is er een speciale set laboratoriumdiagnostiek opgesteld specifiek voor het CVRM. Bernhoven Diagnostisch Centrum biedt huisartsen de mogelijkheid de oproep voor de jaarcontrole te verrichten in samenhang met het bloedonderzoek dat bij deze controle past. In overleg met Synchron is hier een speciaal formulier voor ontwikkeld. Tevens heeft Bernhoven Diagnostisch Centrum zijn algemeen laboratoriumformulier aangepast.

Met betrekking tot de overige diagnostiek passend bij het CVRM heeft Bernhoven Diagnostisch Centrum de mogelijkheid geschapen voor huisartsen voor 24-uurs bloeddrukmetingen en ECG's.

De laboratorium bepalingen maken geen deel uit van de DBC.

Apotheek

Op het gebied van medicatievoorziening zijn afspraken gemaakt met BrabantFarma. Zie hiervoor bijlage.

Zorgmodules

De populatie die in aanmerking komt voor CVRM kan onderverdeeld worden in een viertal aparte groepen of profielen. Iedere groep wordt gekenmerkt door specifieke aandacht en zorg. We spreken over zogenaamde zorgmodules. De vier zorgmodules zijn:

1. Patiënten met een hart of vaatziekte in het eerste jaar na diagnose.
2. Patiënten met een hart of vaatziekte in de daaropvolgende jaren.
3. Patiënten met een SCORErisico >20%, niet behorend bij 1 in het eerste jaar.
4. Patiënten met een SCORErisico >20%, niet behorend bij 2 in de daaropvolgende jaren.

Eenmalige instroommodule

Als een praktijk start met de DBC, zal bij iedere patiënt dossieronderzoek plaats vinden en een individueel zorgplan worden opgestart. In modules 1 en 3 is dit een vast onderdeel van de modules. In het eerste jaar dat een praktijk met de DBC start, is dit ook nodig voor patiënten die direct instromen in modules 2 en 4. In alle vervolgjaren is dit niet meer van toepassing. Daarom zijn "dossieronderzoek en individueel zorgplan" niet opgenomen in de modules 2 en 4. Daarom is de zgn. éénmalige instroommodule beschreven.

Deze dient binnen het 1^e jaar van introductie van de DBC uitgevoerd te worden bij alle patiënten die direct instromen in de modules 2 en 4.

Net zoals bij Diabetes, astma en COPD wordt in het eerste jaar van de geïntegreerde behandeling van een chronische aandoening extra tijd besteed aan voorlichting, educatie, het maken en het opstarten van een individueel zorgplan, met aandacht voor zelfmanagement en multimorbiditeit (modules 1 en 3). In volgende jaren vragen deze onderdelen van de zorg doorgaans minder tijd (modules 2 en 4).

Module HVZ (1 en 2)

De module HVZ beschrijft de eerstelijns zorg voor de patiënt met een of meerdere cardiovasculaire ziektes. De module bevat cardiovasculair risicomangement voor patiënten met cardiovasculaire ziekte(n), indien de behandeling hiervan (mede) in de 1e lijn plaats vindt. Alle nieuwe HVZ patiënten (b.v. AF dat door de HA wordt behandeld) komen in module 1 inclusief de patiënten die door de 2e lijn terugverwezen worden naar de huisarts.

Patiënten met een reeds langer bestaande cardiovasculaire ziekte(n), welke behandeld wordt door de huisarts, komen bij de start van de DBC in module 2. Ook hierbij geldt dat er een eenmalige instroommodule is.

Het grootste deel van de patiënten (schatting 75%) wordt voor een nieuw ontstane cardiovasculaire ziekte aanvankelijk door de specialist behandeld. Module 1 start als de patiënt naar de huisarts wordt terugverwezen voor het risicomangement.

Module Risico > 20% (3 en 4)

De module 3 beschrijft de eerstelijns zorg voor mensen met een verhoogd vasculair risico die behandeld worden in de eerste lijn. Bij de start van de DBC worden reeds bekende patiënten met verhoogd risico >20% aangemeld in module 3. Alleen nieuwe patiënten (patiënten waarbij verhoogd risico > 20% voor het eerst wordt vastgesteld voor de start van de DBC) komen in module 3. Als een praktijk start met deze DBC zal ook voor de mensen die reeds langer in zorg zijn voor verhoogd risico >20%, en instromen in module 4 dossier onderzoek moeten plaats vinden en een individueel zorgplan worden op gemaakt. Hiervoor is de eenmalige instroommodule ontworpen. Zie bovenstaande toelichting.

Implementatie en borging

Voor implementatie en borging van het CVRM is een speciale werkgroep CVRM actief binnen Synchron met hierin de kaderhuisarts H&V ziekten als voorzitter en afgevaardigden van de ketenpartners. Om het CVRM te implementeren in de huisartspraktijk onderneemt Synchron diverse activiteiten. Allereerst is voor de start van de ontwikkeling van het zorgprogramma CVRM een inventarisatie (quickscan) gedaan naar bereidheid om deel te nemen aan een DBC, mate van organisatie in de huisartspraktijken en behoefte aan scholing. Na de ontwikkeling van het zorgprogramma zijn twee grote nascholingen gegeven voor huisartsen en POH's waarbij respectievelijk het zorgprogramma, inclusief implementatie, en de regionale transmurale afspraak aan bod kwamen. In 2011 is een 2^e enquête gehouden met specifiekere vragen op het gebied van CVRM organisatie.

Synchron heeft een multidisciplinaire adviesraad ingericht met de specifieke taak om huisartspraktijken die daar behoefte aan hebben te ondersteunen met de implementatie van zorgprogramma's waaronder CVRM. In deze werkgroep hebben zitting kaderhuisartsen hart- & vaatziekten, Diabetes mellites en COPD en afgevaardigden van de ketenpartners. Alle praktijken die deelnemen aan CVRM DBC worden gevisiteerd. Door deze werkwijze wordt bevorderd dat de kwaliteit van zorg, waarover in het kader van de DBC's/ zorgprogramma's afspraken zijn gemaakt, inzichtelijk en/of verbeterd wordt binnen de huisartsenpraktijken.

De ondersteuning kan geboden worden op diverse terreinen. Te denken valt aan:

- Organisatie van het opzetten van spreekuren voor chronische zorg.
- Opsporen patiënten in HIS.
- Screenen dossiers.
- Diagnostiseren patiënt.
- Organiseren van en oproepen voor spreekuur.
- Praktijkprotocol: vertaling van zorgprogramma naar praktijk: wie doet wat wanneer en hoe?
- Analyse randvoorwaarden primair proces.
- Monitoren van het zorgprogramma.
- Registreren op juiste plaats in HIS.
- Gebruik website diabetes.
- Lezen van praktijkverslagen en maken van verbeterplannen.
- Het inzichtelijk maken van de geboden kwaliteit.

Uitgangspunten bij ondersteuning:

- Er is een landelijke zorgstandaard.
- Deze zorgstandaard is vertaald naar een regionaal zorgprogramma.
- Er worden ter ondersteuning van de implementatie van de zorgprogramma's voor de diverse programma's regiobreed scholingen aangeboden ten behoeve van kennisvergroting en vaardigheidstraining voor de verschillende programma's
- In de regio van Synchron worden de volgende HIS-en gebruikt: Medicom, Mira, Microhis, PromedicoASP en Promedico VDF.

Er wordt door Synchron ook in 2015 op reguliere basis in samenwerking met de WDH-DAM (werkgroep deskundigheids bevordering Dommel-AA-Maas) regelmatig nascholing georganiseerd voor huisartsen en POH-ers. Te denken valt aan deskundigheid op gebied van 24-uurs RR meting, ECG's, ontwikkeling individueel zorgplan, motivational interviewing. Door middel van aangeleverde indicatoren zal feedback plaats vinden. De ondersteunings werkgroep binnen Synchron heeft de mogelijkheid om praktijken die op basis van aangeleverde indicatoren op bepaalde gebieden minder presteren te benaderen en hulp aan te bieden bij verbetering.

Bijlage zorgprogramma CVRM: richtlijn CVRFM apothekers BrabantFarma

Uitgifte van geneesmiddelen

De apotheker draagt zorg voor levering van geneesmiddelen en de daarbij benodigde patiëntenbegeleiding. Bij een eerste uitgifte komen minstens de volgende aspecten aan bod:

- Beoogd effect van het geneesmiddel. Duur/chroniciteit van de therapie.
- Eventueel verschil in start- en onderhoudsdosering.
- Wanneer de werking van het medicijn intreedt en de patiënt het effect kan merken. Wat de belangrijkste bijwerkingen zijn en in welke gevallen de patiënt contact op dient te nemen met de arts. En welke bijwerkingen vaak van tijdelijke aard zijn.
- Inname-/toedien adviezen, waarschuwingen/bijzonderheden, vervoer en bewaren en het inpassen van het medicatiegebruik in het dagelijks leven van de patiënt.

Bij een tweede uitgifte komen minstens de volgende aspecten aan bod:

- De aandachtspunten uit het eerste uitgifte gesprek, die niet aan de orde zijn gekomen of die hernieuwde aandacht verdienen, zoals afgesproken met de patiënt;
- Optreden van bijwerkingen, waarbij apotheker uitleg kan geven of deze voorbijgaand van aard – kunnen- zijn, wat de patiënt zelf kan doen om de bijwerkingen te verminderen en wanneer contact opgenomen moet worden met de voorschrijver;
- Dosering en inname tijden, inclusief navraag naar wijzigingen in de dosering; (indien discrepantie tussen theoretische einddatum en werkelijk ophalen medicatie)
- Therapietrouw en daarbij behorende eventuele twijfels over de therapie, gebruiks(on)gemak en inpassing in dagelijks leven. Met de patiënt wordt besproken of hierdoor belemmeringen voor goed gebruik zijn ontstaan;
- Het actualiseren van medicatiestatus in overleg met patiënt en vervolgens verstrekken van een actueel medicatieoverzicht.
- Voorraadbeheer: synchronisatie van de actuele chronisch medicatie of opname in herhaalmodule.

Medicatiebewaking

Medicatiebewaking wordt voorafgaand aan iedere geneesmiddeluitgifte uitgevoerd conform de KNMP-richtlijn 'Medicatiebewaking'. Niet alleen de UR-geneesmiddelen, maar ook de niet-UR middelen (UA, UAD, AV) worden bewaakt. Daarbij wordt in ieder geval aandacht besteed aan de signalering in het AIS conform de G-standaard of Commentaren Medicatiebewaking. De uit de medicatiebewaking voortkomende afhandelingen worden vastgelegd. In het geval van CVRM kan men denken aan extra bewaking op ibuprofen en acetylsalicylzuur, wat beide als handverkoop kan worden gekocht.

Medicatie-aanpassingen bij bijzondere situaties

Waar de patiënt moeite heeft met standaard handelsproducten, zoekt de apotheker naar een oplossing op maat. Een voorbeeld hiervan is moeite met slikken van orale medicatie of het openen van stripverpakkingen.

Vraagbaak

De apotheker fungeert voor arts, patiënt of verzorgende/mantelzorger als vraagbaak voor alle geneesmiddelgerelateerde vragen of problemen. De apotheker zal zijn adviezen op dit gebied gevraagd of ongevraagd geven.

Medicatiebeoordeling

De apotheker is in staat de farmacotherapie van de CVRM-patiënt te beoordelen en samen met de huisarts of specialist een behandelplan op te stellen, de term die hiervoor meestal wordt gebruikt is 'medicatiebeoordeling'.

Een medicatiebeoordeling is een beoordeling van de farmacotherapie door arts, apotheker en patiënt op basis van een periodieke gestructureerde, kritische evaluatie van de medische-, farmaceutische-, en gebruiksinformatie. In samenspraak met de patiënt en diens arts spoort de apotheker tijdens deze periodieke evaluatie van de farmacotherapie mogelijke verbeterpunten op. Op basis van de behoeften van de patiënt ten aanzien van zijn of haar geneesmiddelgebruik worden de afgesproken veranderingen geïmplementeerd.

De patiënt wordt betrokken bij het verzamelen van de benodigde gegevens (farmacotherapeutische anamnese), bij het bespreken van de verbeteringen in de behandeling en bij het uitvoeren van het behandelplan. Een beoogd gevolg is dat het zelfmanagement van de patiënt van zijn eigen geneesmiddelengebruik wordt bevorderd. De betrokken arts is meestal de huisarts, maar kan ook de verpleeghuisarts, geriater en/of een andere medisch specialist zijn.

Bij een medicatiebeoordeling wordt de kwaliteit van de farmacotherapie bepaald. Om de kwaliteit hiervan te verbeteren kunnen de volgende adviezen worden gegeven aan de behandelend arts:

- Starten van medicatie
- Stoppen van medicatie
- Wijziging van de dosering
- Therapeutische substitutie
- Aanpassen van moment van toediening
- Bepalen van labwaarden (onder meer nierfunctie, kalium, natrium, HbA1c, schildklier, etc)

De medicatiebeoordeling wordt uitgevoerd door een apotheker die hiervoor een opleiding heeft gevolgd.

Keuze medicatie

De apotheker kan een adviserende rol spelen bij de keuze van de medicatie bij CVRM. In geval van een interactie of contra-indicatie is het soms noodzakelijk om te kiezen voor een ander geneesmiddel dan het geneesmiddel dat aanvankelijk was voorgeschreven. De apotheker kan ook advies geven over alternatieven bij intoleranties en allergieën voor bepaalde geneesmiddelen.

Artsen en apothekers hebben regionaal overleg met elkaar in de vorm van een Farmacotherapeutisch Overleg (FTO). Binnen dit FTO worden afspraken gemaakt over de farmacotherapie, waarbij ook binnen een bepaalde geneesmiddelgroep de voorkeur kan worden uitgesproken voor bepaalde middelen. Ook worden eventueel nieuwe middelen besproken en bekeken welke plaats deze in beginsel zullen gaan innemen.

Beheren medicatiedossier

De eigen apotheek van de patiënt beheert het medicatiedossier. De eigen apotheek heeft het beste overzicht van de medicatie omdat (vaak) alle medicatie bij dezelfde apotheek wordt gehaald. Als er via de dienstapotheek, een poliklinische apotheek of een andere apotheek medicatie wordt afgeleverd, dient de eigen apotheek van de patiënt hiervan op de hoogte te worden gesteld.

De patiënt kan ten allen tijde gratis een medicatieoverzicht ophalen bij zijn eigen apotheek.

Therapiegerelateerde searches

Binnen het apotheek informatie systeem (AIS) kunnen therapiegerelateerde searches worden uitgevoerd. Op deze manier kunnen patiënten worden opgespoord bij wie de medicatie kan worden geoptimaliseerd. Ook via de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) kunnen deze patiënten worden opgespoord. Hieronder staan enkele voorbeelden beschreven.

Nitraten en antistolling

Nitraten worden (vrijwel) uitsluitend gebruikt bij angina pectoris. Bij de indicatie angina pectoris is antistolling met acetylsalicylzuur de aanbevolen therapie conform de NHG-richtlijn. Bij een allergie voor acetylsalicylzuur vormt clopidogrel een alternatief. Binnen de SFK bestaat de mogelijkheid om een uitdraai te maken van patiënten die wel nitraten gebruiken maar geen antistolling. Deze patiënten worden aan de voorschrijvend arts voorgelegd en men overlegt of antistolling kan worden toegevoegd aan de medicatie.

Gebruik van clopidogrel in combinatie met acetylsalicylzuur > 1 jaar

Clopidogrel in combinatie met acetylsalicylzuur zal veelal geïndiceerd zijn na plaatsing van een stent. Deze combinatie moet dan gedurende een jaar worden gebruikt door de patiënt.

Na een jaar wordt acetylsalicylzuur gecontinueerd en wordt clopidogrel gestopt. Als clopidogrel in combinatie met acetylsalicylzuur langer dan een jaar wordt gebruikt, wordt de patiënt onnodig blootgesteld aan een verhoogd bloedingsrisico. Uit het HARM-onderzoek is gebleken dat dit kan leiden tot ziekenhuisopnames.

Via een search binnen het AIS kunnen de patiënten worden opgespoord die langer dan een jaar de combinatie van clopidogrel en acetylsalicylzuur gebruiken. Met de voorschrijvend arts wordt overlegd of er nog een indicatie bestaat voor deze combinatie.

Cumarines en acetylsalicylzuur

Er zijn indicaties waarbij een combinatie van een cumarine en acetylsalicylzuur is geïndiceerd maar het is ook mogelijk dat de patiënt ten onrechte wordt blootgesteld aan een verhoogd bloedingsrisico. Zoals hiervoor vermeld kan dit leiden tot ziekenhuisopnames. Via een search binnen het AIS kunnen de patiënten worden opgespoord die zowel een cumarine als acetylsalicylzuur gebruiken. Met de voorschrijvend arts kan vervolgens worden overlegd of er nog een indicatie bestaat voor deze gecombineerde antistolling.

Overige searches

Op het gebied van CVRM zijn er natuurlijk nog veel meer therapiegerelateerde searches mogelijk. De genoemde searches zijn slechts voorbeelden ter inspiratie voor verbetering van de farmacotherapie bij CVRM. Searches worden verricht in overleg met de arts.

Management logistiek geneesmiddelen

De apotheker is tot slot verantwoordelijk voor de logistiek van de geneesmiddelen. Het juiste geneesmiddel moet bij de juiste patiënt op het juiste moment met de juiste uitleg zijn. Dit is een complexe taak.

Wisseling van merk.

Wisselende aflevervormen (andere verpakking, producent, vorm/kleur van tablet) van medicatie vormt een belangrijke oorzaak van medicatiefouten en is een probleem bij therapietrouw. Apotheker en arts proberen dit zo veel mogelijk te voorkomen. Hierin zijn zij echter afhankelijk van het wettelijk bepaalde beleid van de diverse zorgverzekeraars.

Wanneer een medicijn in generieke vorm beschikbaar komt, zal dit in verband met de totale zorgkosten altijd de voorkeur krijgen boven het specialité, tenzij er door de arts expliciet medische noodzaak aangegeven wordt. Deze medische noodzaak wordt door verzekeraars niet geaccepteerd als het generiek überhaupt niet is geprobeerd.

Baxterrol

De apotheek kan ook een geïndividualiseerd distributiesysteem leveren. Hierbij zijn de medicijnen verpakt in een baxterrol, waarbij alle tabletten per dag en inname-tijdstip verpakt zijn. Deze baxterrol is met name geschikt voor de oudere patiënt met veel geneesmiddelen en/of patiënten voor wie het cognitief of anderszins niet mogelijk is de eigen medicatie te regelen. Wanneer de patiënt voor het eerst de baxterrol ontvangt, ontvangt de patiënt voorlichting van de apotheek.

Herhaalmodule

Verder beschikken steeds meer apotheken over een herhaalmodule. De apotheek zorgt ervoor dat de medicijnen op het juiste tijdstip weer voor de patiënt in de apotheek klaarliggen. De patiënt hoeft hierbij niet meer zelf de medicatie aan te vragen. Met de herhaalmodule wordt de kans op medicatiefouten verkleind en wordt het logistieke proces versoepeld. Wanneer de patiënt de medicatie via de herhaalmodule krijgt geleverd, vindt een intake plaats waarbij de patiënt hierover uitleg ontvangt.

Lichamelijk of laboratorium onderzoek

De apotheker voert geen controles van lichamelijk of laboratorium onderzoek (b.v. bloeddruk, cholesterol) uit welke reeds door de huisarts zijn verricht.

Wanneer er landelijke screeningsdagen (b.v.: bloedsuiker of cholesterol) worden georganiseerd zal dit altijd in overleg gaan met de huisartsen. Patiënten waarbij deze waarden al door de huisarts of specialist gecontroleerd worden, zullen worden uitgesloten van deelname.

Met de huisartsen zullen afkapwaarden worden besproken wanneer ze de meting nogmaals bij de huisarts willen laten doen. Advies over goed, slecht, hoog of laag zullen niet worden gegeven in de apotheek.