

CVRM beleid 2022-2023

Dit document bevat een handleiding m.b.t. inclusie van CVRM patiënten in de Ketenzorg. Het onderscheid tussen primaire en secundaire preventie is sinds 2020 verdwenen; we spreken over **laag risico (groen) - hoog risico (oranje) – zeer hoog risico (rood)**.

Volgens de nieuwe situatie vallen patiënten met een tablet (bloeddrukverlager of statine) altijd in een hoog risicogroep (oranje). In de praktijk is dit anders. We noemen deze groep voor het gemak even **lichtoranje**. Deze groep behoort niet altijd in de CVRM Ketenzorg, de benodigde zorg staat niet in verhouding tot de inhoud van het zorgprogramma en het besluit tot inclusie moet zorgvuldig worden afgewogen.

CVRM oude indeling: indeling in VVR en HVZ

- **Primaire** preventie (VVR) → patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (slikken een bloeddrukverlager of statine of beiden): K86, K87, T93 met medicatie C02, C03, C07, C08 en/of C09, C10). Deze patiënten worden veel gezien op het spreekuur van de assistenten.
- **Secundaire** preventie (HVZ) → patiënten met een doorgemaakte hart- of vaatziekte (K74, K75, K76 (01, 02), K89, K90.02, K90.03, K91, K92.01, K99,01) met medicatie (C02, C03, C07, C08 en/of C09). Veel co morbiditeit. Deze patiënten worden gezien op het spreekuur van de POH.

CVRM nieuwe indeling:

Patiënten indeling volgens de nieuwe risicotabel (2020):

Zeër hoog risico <i>(leefstijladvies aangewezen; medicamenteuze therapie meestal aangewezen)</i>	Personen die vallen in een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none">• Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte, waaronder acuut coronair syndroom, angina pectoris, coronaire revascularisatie, TIA of beroerte, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens of perifere revascularisatie. Ten aanzien van beeldvorming geldt alleen een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie als 'vastgestelde hart- en vaatziekte'• Diabetes mellitus met orgaanschade zoals proteïnurie of met een belangrijke risicofactor zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (totaalcholesterol > 8mmol/l) dan wel ernstig verhoogde bloeddruk (≥180 mmHg).• Ernstige chronische nierschade: eGFR <29 mL/min/1,73 m², of eGFR 30-44 mL/min/1,73 m² met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1,73 m² met ACR >30 mg/mmol.• Een berekende SCORE ≥10%.
Hoog risico <i>(leefstijladvies aangewezen, overweeg medicamenteuze therapie)</i>	Personen die vallen in een van de volgende categorieën: <ul style="list-style-type: none">• Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaalcholesterol >8 mmol/l of bloeddruk ≥180 mmHg.• De meeste andere personen met diabetes mellitus (met uitzondering van jongeren met type 1-diabetes mellitus en zonder klassieke risicofactoren, die een laag of matig risico kunnen hebben)• Matige chronische nierschade: eGFR 30-44 mL/min/1,73 m² met ACR <3 mg/mmol, of eGFR 45-59 mL/min/1,73 m² met ACR 3-30 mg/mmol, of eGFR ≥60 mL/min/1,73 m² met ACR >30 mg/mmol.• Een berekende SCORE ≥5% en <10%.
Laag tot matig verhoogd risico <i>(leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze therapie zelden aangewezen)</i>	Een berekende SCORE <5% voor 10 jaar. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie.

Laag tot matig verhoogd risico: Groen

Patiënten **zonder medicatie** mogen gezien worden door de assistente: **geen** inclusie Ketenzorg. Wel declaratie van consulten.

Veel assistentes vinden het consulteren van CVRM-patiënten erg leuk om te doen en een welkome afwisseling op hun assistenten spreekuur. Het zou jammer zijn om deze patiënten weg te halen bij de assistentes.

Het gaat vaak om grote aantallen, waar de POH op haar spreekuur geen tijd voor heeft. Omdat er in deze groep juist erg veel te winnen valt is scholing te adviseren op het gebied van leefstijl coaching, motivational interviewing, labwaardes interpreteren.

Te overwegen valt om praktijken te stimuleren om een assistente de opleiding **CVRM Ondersteuner Huisarts** te laten volgen. Dit is een post-MBO cursus die onder meer wordt aangeboden door DOKh en gelijkwaardig is aan de SOH opleiding. Zie <https://www.dokh.nl/post-mbo/post-mbo-cvrm>

Praktijken kunnen er ook voor kiezen om patiënten uit de Groene risicogroep deels ook door de POH te laten begeleiden. Zij is mogelijk meer bedreven in motiverende gespreksvoering om de risicofactoren aan te pakken. Omdat deze patiënten niet onder de Ketenzorg vallen mag de POH daar vanaf 2022 ook een (dubbel) consult voor declareren.

Deelnemende praktijken laten ook hun assistentes deelnemen aan de basisscholing CVRM en een jaarlijkse update.

NB: advies als een praktijk voor deze manier van werken kiest:

- ❖ Labuitslagen moeten eerst gezien worden door de huisarts, geïnterpreteerd worden en voorzien van een opmerking voordat de patiënt bij de assistente op consult komt.
- ❖ Afwijkende bloeddrukwaardes -gemeten tijdens het consult- worden overlegd met de huisarts en teruggekoppeld naar de patiënt.
- ❖ Stoppen met Roken wordt door de assistente kort besproken ("very brief advice") en door de POH gedaan.

Lichtoranje

Wat te doen met de voorheen primaire patiënten: de patiënten die al jaren met enkel een bloeddrukverlager of statine in zorg zijn, de zogenaamde **lichtoranje** groep?
Volgens de nieuwe risicotabel zouden deze patiënten alleen gezien mogen worden door de POH.

Dit is niet wenselijk

- Gezien de druk die al bij POH ligt i.v.m. het enorme aantal patiënten in deze groep
- Gezien de POH-S gelden die verdwijnen per 1-1-2022 en de mogelijke druk op de POH-sprekuren die dit zal veroorzaken
- Gezien de schaarste aan POH's
- Gezien de formatie op de praktijk: te weinig spreekkamers, POH werkt vaak op meerdere praktijken; te weinig POH-uren beschikbaar.

Zouden dit nieuwe patiënten zijn, dan zouden zij wellicht niet eens een bloeddrukverlager hebben gekregen. Maar na zoveel jaar stoppen met medicatie die goed werkt is niet altijd de oplossing.

Werkwijze: De POH of huisarts overweegt bij elke lichtoranje patiënt of de medicatie gestopt kan worden en bepaalt daarna de mate van risico dmv de SCORE tabel (t/m 65 jaar). Bepaal aan de hand van de SCORE tabel of iemand toch geïncludeerd moet worden -> patiënten gaan of terug naar groen (geen medicatie), blijven lichtoranje, worden oranje of rood.

Zonder andere risicofactoren blijft de 'lichtoranje' patiënt buiten de Ketenzorg en wordt gezien door de assistente. De assistente wordt geschoold in gebruik van de risico tabel en draagt de zorg over indien de patiënt bij de jaarlijkse controle in de hoog risico categorie blijkt te vallen.

Zowel de groene als de lichtoranje groep worden gemonitord in het (virtuele) kis, maar zij worden niet geïncludeerd!

Bloeddruk	Vrouwen																		Mannen																																														
	Niet-rookster									Rookster									Niet-roker									Roker																																					
180	4	5	6	7	8	10	8	9	11	10	15	18	18	7	8	10	12	15	18	15	15	15	21	26	31	Sterfte	7	8	10	12	15	18	15	15	15	21	26	31	Sterfte	7	8	10	12	15	18	15	15	15	21	26	31	Sterfte	7	8	10	12	15	18	15	15	15	21	26	31	Sterfte

Risicotabel

Hoog risico oranje en zeer hoog risico rood

HVZ en nu toegevoegd CNS → moeten gezien worden door de POH (niet door de assistente): inclusie Keten zorg. Geen declaratie van consulten en SMR.

CVRM: (zeer) hoog risico: Inclusiecriteria

1. **≥ 18 jaar en <70 jaar EN minimaal één van de onderstaande criteria:**

– Indicatie voor medicamenteuze behandeling (C02, C03, C07, C08 en/of C09) bij hypertensie (K86, K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T 93) volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)

- U99.01 - Matig of ernstige chronische nierschade
- K74 - Angina pectoris (incl. subcategoriën instabiele AP en stabiele AP)
- K75 - Acut myocardinfarct
- K76 - Ischemische hartziekte (IHZ)
- K76.01 - Coronairsclerose
- K76.02 - Myocardinfarct (> 4 weken geleden)
- K89 - Retinalis trombose (zien we als TIA)
- K90.02 - Intracerebrale bloeding
- K90.03 - Cerebraal infarct
- K91 - Atherosclerose
- K92.01 - PAV/ claudicatio intermittens

2. Patienten > 40 jr en < 70 jr oud zonder een van de bovenstaande aandoeningen, die volgens de risicotabel van de Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement) een indicatie hebben voor medicamenteuze behandeling ($\geq 10\%$ Risico)

3. **≥ 70 jaar EN – Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen**

4. Exclusiecriteria – Patiënt die in het zorgprogramma voor Diabetes Mellitus geïnccludeerd is. Diabetes patienten vallen allemaal in de Zeer Hoog of Hoog Risico categorie en dienen voor CVRM gecontroleerd te worden maar dit gebeurt al in het DM Zorgprogramma.

Patiënten die niet meer onder behandeling zijn van de specialist en zijn terugverwezen naar hun huisarts (op papier!) voor “overname CVRM-controles”, worden gezien door de POH. Deze controleert jaarlijks een CVRM-lab incl. bloeddruk, gewicht, leefstijl, voeding.

Beslisboom

Bij de jaarcontrole wordt bekeken of een patiënt **terecht** in het zorgprogramma CVRM zit. Onderstaand stroomschema kan hiervoor doorlopen worden:

- Leeftijd < 18 jaar → **niet** in zorgprogramma CVRM
- Is de patiënt geïnccludeerd in zorgprogramma DM2 → **niet** in zorgprogramma CVRM
- Is er sprake van een hart- en vaatziekte (HVZ)? (zie ICPC-codes in de tabel met inclusiecriteria) en is huisarts hoofdbehandelaar? → Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor zorgprogramma CVRM
- Matig of ernstige chronische nierschade → Hoog Risico/Zeer Hoog Risico → komt in aanmerking voor zorgprogramma CVRM
- Ga bij patiënten met VVR na of destijds de diagnose terecht is gesteld en de medicamenteuze behandeling terecht is gestart. Maak hierbij de klinische inschatting of de patiënt (nog) in aanmerking zou komen voor opname in het zorgprogramma CVRM met gebruik van de SCORE-tabel.

Bij twijfel of de patiënt destijds terecht gestart is met medicatie overweeg medicatie te stoppen en een SCORE op te maken om te zien of behandeling geïndiceerd is. Als dit niet het geval is → het zorgprogramma CVRM beëindigen.

– Bij patiënten ≥ 70 jaar gelden de criteria uit het addendum ouderen → heroverweeg medicatie en opname in het zorgprogramma CVRM

Conclusie:

- *SCORE op sterfte door HVZ $\geq 10\%$ → **Zeer Hoog Risico** → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM*
- *SCORE op sterfte door HVZ tussen $\geq 5\%$ en $=10\%$ → **Hoog Risico** → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM. Volgens de nieuwe richtlijn multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement dient bij een risico op sterfte door HVZ $\geq 5\%$ en $<10\%$ medicatie te worden **overwogen**.*
- *Totaal cholesterol (TC) >8 mmol/l en/of systolische bloeddruk (SBD) >180 mm/Hg → **Hoog Risico** → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM*
- *>70 jaar en volgens addendum indicatie medicatie → komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma CVRM*

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