



Zorgprogramma CVRM GHO-GO regio



Inhoud

Inleiding.....	3
1. Het chronische zorgmodel.....	4
2. Ondersteuning van zelfmanagement.....	5
3. Het zorgproces.....	6
3.2 Het schematische zorgproces.....	7
3.2.1 Het niet-medicamenteuze beleid.....	9
3.2.2 Het medicamenteus beleid bij VVR of status na CV event.....	10
4. Beslissingsondersteuning.....	11
5. Keten Informatie Systeem (KIS).....	123
6. Organisatie.....	13
Bijlage 1: Opschonen van ICPC-codes HVZ en geïndiceerde patiënten voor primaire preventie.....	15
Bijlage 2: Zorgweigeraar / no show.....	17
Bijlage 3: Intake consult.....	178
Bijlage 4: Jaarcontrole.....	189



Inleiding

Het zorgprogramma CVRM van de GHO-GO beschrijft de inhoud en de organisatie van de zorg voor deze patiëntengroep.

De doelstemming van dit programma is:

Het zo optimaal mogelijk behandelen en begeleiden van patiënten met hart- en vaatziekten om de kans op complicaties zo laag mogelijk te houden zodat een patiënt ondanks zijn ziekte zo optimaal mogelijk kan blijven functioneren. Hierbij wordt de zorg per patiënt individueel afgestemd.

Verdeeld over het Gooi zijn ongeveer 150 huisartsen lid van de GHO-GO. Binnen deze praktijken zijn naar schatting ongeveer 30.000 CVRM-patiënten (primair en secundair) waarvan meer dan de helft reeds bij de huisarts en zijn team onder behandeling is. Samen maken zij afspraken over goede huisartsenzorg en vragen elkaar advies bij problemen. Chronische zorg is veelal multidisciplinaire zorg. Daartoe vindt nauwe samenwerking plaats met andere zorgverleners van diverse disciplines zoals apotheek, fysiotherapie en diëtetiek. Een ketenzorgprogramma faciliteert deze afspraken en maakt deze ook unaniem in het gehele werkgebied.

Voor de medische inhoudelijke aspecten wordt bij dit zorgprogramma uitgegaan van de NHG-richtlijnen en de [zorgstandaard vasculair risicomanagement](#).

De NHG-richtlijnen waar verder gebruik van wordt gemaakt zijn:

- M84 Cardio Vasculair Risico Management 2012
- M80 Acuut coronair syndroom
- M79 Atriumfibrilleren
- M103 Beroerte
- M51 Hartfalen
- M13 Perifeer Arterieel Vaatlijden

Ook werd de RTA Midden Nederland CVRM en de LTA CVRM gebruikt

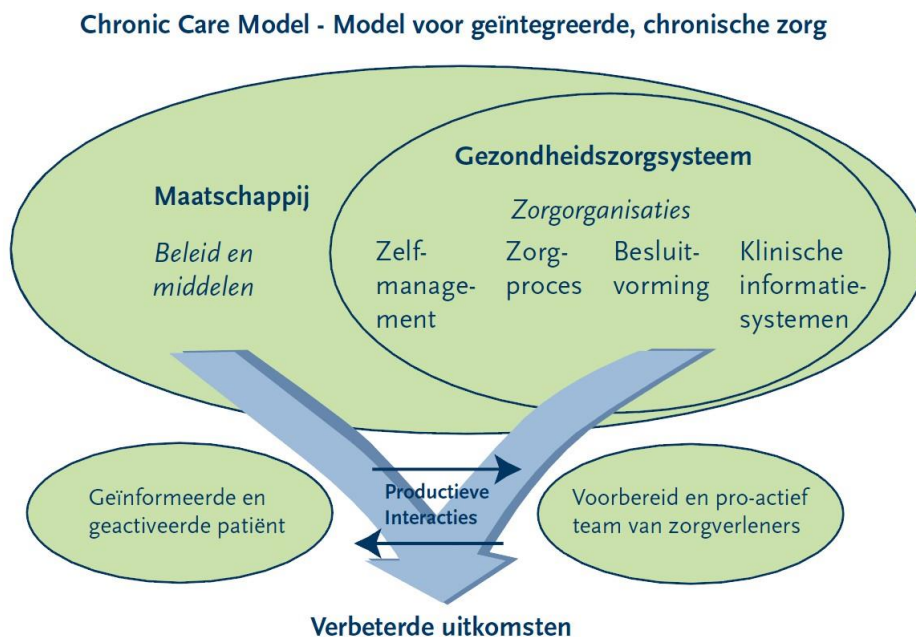
De afgelopen jaren heeft de zorggroep de zorgprogramma's diabetes mellitus en COPD ontwikkeld en geïmplementeerd. Hierbij is het Chronische Zorg Model leidend geweest.

1. Het chronische zorgmodel

Met gegevens uit de wetenschappelijke literatuur is het "[Chronic Care Model](#)" ontwikkeld. In dit model worden de kernelementen beschreven die belangrijk zijn voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken.

Het onderstaande model is een schematische weergave van het Chronische Zorg Model. De opbouw van het gezondheidszorgsysteem is opgebouwd uit 4 kernonderdelen:

- ondersteuning van het zelfmanagement;
- de opbouw van het zorgproces;
- besluitvorming met behulp van richtlijnen en protocollen;
- digitale keten informatie systemen zichtbaar voor patiënt en zorgverlener.



De inhoud van het zorgprogramma wordt in de volgende hoofdstukken beschreven. Hierbij zijn de vier kernonderdelen van het chronische zorgmodel als uitgangspunten genomen. De zorgstandaard vasculair risicomanagement is ook op dit zorgmodel gebaseerd.

2. Ondersteuning van zelfmanagement

Belangrijk bij goed vasculair risicomanagement is een samenwerking tussen de patiënt en de behandelaars. Hierbij heeft de patiënt natuurlijk een centrale rol. De patiënt levert individuele informatie aan, in aanvulling op de meer generieke informatie die de zorgverlener inbrengt. Beide informatiebronnen zijn nodig voor het nemen van adequate beslissingen bij het vaststellen van het beleid.

De patiënt met een HVZ (Hart- en Vaatziekten) is actief betrokken bij de behandeling, omdat het gaat over leefstijl en medicatiegebruik. Voor het vervullen van deze centrale rol krijgt de patiënt begeleiding. Hierbij is het van belang dat de patiënt de onderstaande facetten begrijpt:

1. Wat is het vasculaire risico?
2. Waaruit bestaat de behandeling?
3. Wat is de prognose?
4. Wat is de betekenis van symptomen?
5. Welk effect hebben leefstijl en medicijnen op het vasculair risico?
6. Hoe zijn de risicofactoren te beïnvloeden?
7. Hoe moet je omgaan met de consequenties en emoties die opgeroepen worden door het hebben van hart- of vaatziekten?
8. Hoe communiceer je effectief met zorgverleners, familie, collega's en vrienden?

Om bovenstaande te kunnen bereiken is bij ondersteuning van het zelfmanagement aandacht voor rationele en emotionele begeleiding door de POH-S, de diëtist en de huisarts. Hierbij wordt gebruikgemaakt motivational interviewing.

Hierin zijn de zorgverleners van GHO-GO vrijwel allen geschoold in relatie tot het leveren van de andere vormen van ketenzorg. In het hoofdstuk zorgproces worden bovenstaande facetten per onderwerp uitgewerkt en toegelicht.

Ter ondersteuning van het zelfmanagement wordt gebruik gemaakt van het individueel zorgplan (IZP) welke opgenomen is in het KIS. Hierin wordt vermeld welke doelen de patiënt met zijn hulpverlener heeft afgesproken, welke begeleiding de patiënt krijgt en hoe deze doelen worden vervolgd. Het opstellen van het zorgplan gebeurt met nadruk in samenspraak met de patiënt.

Patiënten kunnen gebruikmaken van een ICT-tool om voor eigen informatiebeheer een instrument te kunnen benutten. Op termijn zal ook het KIS een inzage- en registratiemogelijkheid bieden waardoor de patiënt een deel van de meetwaarden zelf kan invoeren. Deels is dit al mogelijk binnen Caresharing.

Patiënten worden gewezen op de vele mogelijkheden die de nieuwe media hen bieden om ten behoeve van zelfzorg te gebruiken en hen wordt aangeraden om het lidmaatschap van een patiëntenvereniging als de [Harteraad](#) te overwegen. Ook wordt de patiënt gewezen op de informatie die zij kunnen vinden op de website van de [Hartstichting](#) of op de website van de [NPCF](#) en op de NHG thuisarts.

3. Het zorgproces

3.1 Includeren van patiënten (zie ook separate handleiding)

De inclusiecriteria, gebaseerd op de herziene versie van de [Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement \(CVRM\)](#), per december 2019 zijn:

- ≥ 18 jaar EN minimaal één (1) van de volgende criteria:
- Indicatie voor medicamenteuze behandeling (C02, C03, C07, C08 en/of C09) bij hypertensive (K86,K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T 93) volgens de [Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement \(CVRM\)](#).

Volgens deze richtlijn is sprake van een indicatie voor medicamenteuze behandeling bij hypertensie en/of hypercholesterolemie bij minimaal één (1) van de onderstaande criteria:

- Berekende SCORE* op sterfte door HVZ ≥5% en <10, hoog risico**
- Berekende SCORE* op sterfte door HVZ ≥10%, zeer hoog risico
- Totaal Cholesterol (TC) >8 mmol/l en/of Systolische Bloeddruk (SBD) ≥180mmHg

* Bij patiënten voor wie de SCORE-tabel niet geschikt is kunnen alternatieve risicoscores worden gebruikt om de informatievoorziening en besluitvorming te faciliteren. (zie tabel 3 in de CVRM richtlijn op de NHG website die hier voorbeelden van geeft). (opmerking: Alternatieve scoretabelen zijn alleen voor risicocommunicatie met patiënt, niet voor het bepalen van behandelstrategie, daarvoor alleen tabel 1 en risico op sterfte in SCORE, en addendum voor 70+)

** Volgens de nieuwe richtlijn multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement dient bij een risico op sterfte door HVZ ≥5% en <10% medicatie te worden overwogen. Volgens de internationale GRADE-systematiek voor het ontwikkelen van richtlijnen wordt het begrip 'overweeg' alleen gebruikt als uit onderzoek blijkt dat er van sprake is van 'redelijk bewijs'. Dit betekent in de praktijk dat er bij de term 'overweeg' volgens de richtlijn sprake is van een 'indicatie voor medicatie'.

- Matig of ernstige chronische nierschade
- K74 Angina pectoris (incl. subcategorieën 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)
- K89 TIA
- K90.02 Intracerebrale bloeding
- K90.03 Cerebraal infarct
- K91 Atherosclerose: Een aangetoonde atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie (zie de [Multidisciplinaire Richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement \(CVRM\)](#)).
- K92.01 PAV/ claudicatio intermittens
- K99.01 Aneurysma aortae
- > 70 jaar EN
- Indicatie voor medicatie volgens het addendum voor ouderen.

Bij personen > 70 jaar wordt de SCORE niet bepaald. Inclusie in ketenzorg programma is afhankelijk van kwetsbaarheid, aanwezige ziekte en/of risico factoren. Het addendum voor



ouderen maakt deel uit van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement.

Bij alle mensen met een HVZ (zonder DM) wordt jaarlijks de hoofdbehandelaar CVRM ingevoerd. Hierbij zijn drie mogelijkheden:

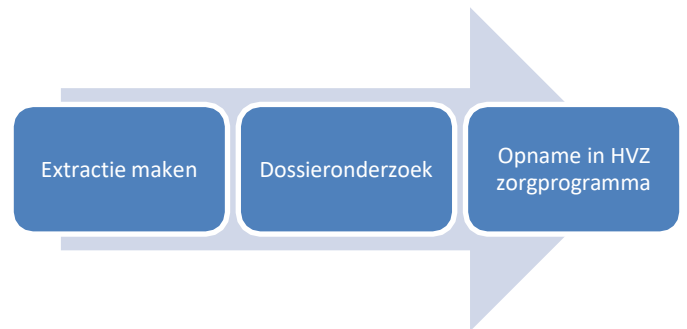
- Huisarts;
- medisch specialist;
- overig/onbekend.

Indien een patiënt in de categorie 'overig/onbekend' valt, wordt in het diagnostisch dossier ook de reden ingevuld van geen geregelde zorg (zie bijlage 3). Hierbij zijn ook drie mogelijkheden:

- patiënt wil niet;
- verzoek arts;
- overig.

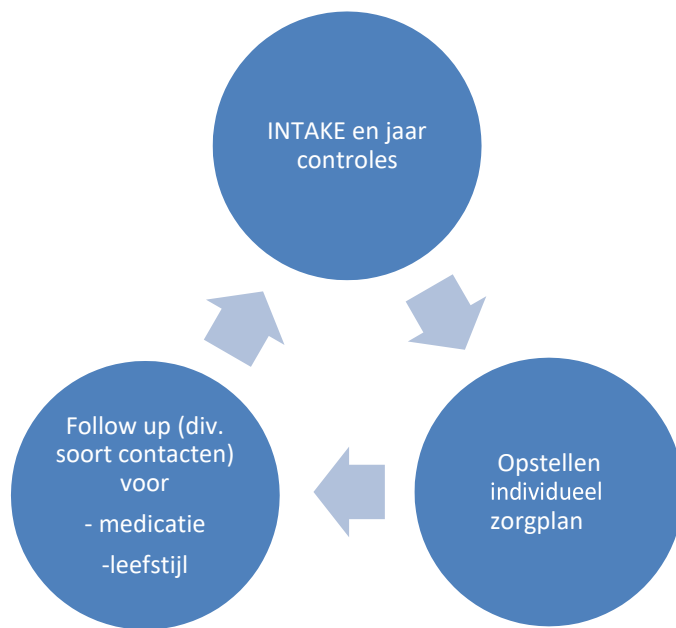
Samenvattend:

Alle patiënten met een HVZ (zonder DM) en een hoofdbehandelaar huisarts, zijn opgenomen in het zorgprogramma HVZ.



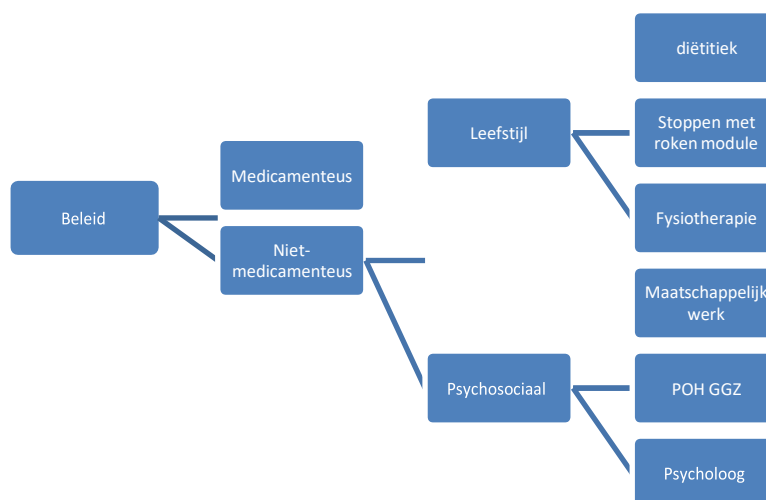
3.2 Het schematische zorgproces

Na de identificatie volgt het eerste consult. Tijdens dit intake consult wordt het beleid vastgesteld en genoteerd in het individueel zorgplan (IZP) van het KIS. Conform de NHG-standaard CVRM vindt het vaststellen van het beleid in samenspraak plaats met de patiënt, met inachtneming van de hoogte van het risico op HVZ, de specifieke omstandigheden van de patiënt en met erkenning van de keuzevrijheid van de patiënt. Een goed gemotiveerde keuze maken is immers van belang omdat preventie van HVZ alleen bij langdurige therapietrouw effectief is. Het beleid wordt gevolgd tijdens de follow-up tot aan de volgende jaarcontrole. In bijlage 4 wordt de inhoud van de jaarcontrole beschreven.



Het beleid zal zowel medicamenteus als niet-medicamenteus zijn. Het niet-medicamenteuze beleid omvat naast leefstijlbegeleiding ook verwijzing naar andere disciplines zoals maatschappelijk werk, fysiotherapie, POH-GGZ, psycholoog, diëtist en apotheek.

Indien er vragen omtrent het beleid zijn en nog geen verwijzing naar de tweede lijn nodig is, is het mogelijk om de kaderhuisarts HVZ of een van de specialisten te raadplegen.



3.2.1 Het niet-medicamenteuze beleid

Niet roken

Tijdens de jaarcontrole wordt een op de persoon afgestemd stopadvies gegeven. Hierbij worden de ondersteuningsmogelijkheden besproken, zowel digitaal zoals <https://www.ikstopnu.nl> als in blended eHealth en persoonlijk **in groepen** of individueel. Onder andere via de in SMR geschoolde praktijkondersteuner kan een intensieve begeleiding geboden worden. De NHG-richtlijn stoppen met roken wordt als leidraad genomen bij de begeleiding en behandeling van rokers. Op onderstaande wijze kan met de diverse typen rokers worden omgegaan:

- *Rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen:* afspraak maken voor een intensieve ondersteunende interventie.
- *Rokers die overwegen om te stoppen:* een korte motivatie verhogende interventie wordt aangeboden.
- *Rokers die op dit moment niet gemotiveerd zijn om te stoppen:* vraag toestemming om in een volgend consult terug te komen op de rookstatus en de motivatie.

Beweegadvies

Tijdens de jaarcontrole wordt besproken of mensen bewegen en of ze gemotiveerd zijn om te gaan bewegen. Zo nodig wordt uitleg gegeven over [het belang van voldoende bewegen](#). Patiënten kunnen verder gemotiveerd worden tot het lid worden van een sportvereniging of sportschool. Voor patiënten bij wie bovenstaande opties niet mogelijk zijn, is het mogelijk om mee te doen met een beweegprogramma HVZ, aangeboden door één van de fysiotherapeuten in de regio. Patiënten worden dan verwezen naar de fysiotherapie. Het beleid van de fysiotherapie is gebaseerd op de [KNGF standaard Beweging interventie Coronaire Hartziekten](#).

Voedingsadvies

Tijdens de controle wordt zo nodig over gezonde voeding gesproken.

De richtlijnen, die als leidraad dienen voor gezonde voeding, zijn:

- het gebruik van roomboter, harde margarines, vet vlees en melkproducten en tussendoortjes (ook zoete) beperken, ter verlaging van het cholesterolgehalte;
- 2 porties (100-150 g) vis per week eten, waarvan ten minste 1 portie vette vis;
- per dag 150 tot 200 gram groente en 200 gram fruit gebruiken;
- het gebruik van zout beperken tot maximaal 6 gram per dag; in de praktijk betekent dit dat wordt geadviseerd om geen zout toe te voegen aan de voeding en voedingsmiddelen die veel zout bevatten te vermijden;
- beperk het gebruik van alcohol. Voor vrouwen geldt maximaal één glas per dag, voor mannen maximaal twee glazen per dag;
- indien van toepassing worden patiënten verwezen naar de diëtist.

Ook wordt de patiënt gewezen op info sites over [gezonde leefstijl](#) onder andere ten aanzien van [dieet](#) maar ook andere onderwerpen.

Gewicht

Er wordt gestreefd naar een optimaal gewicht, dat wil zeggen een BMI ≤ 25 kg/m² bij personen tot 70 jaar. Bij ouderen is de relatie tussen BMI en gezondheid niet zo eenduidig en daarom is dan een BMI ≤ 30 kg/m² acceptabel. Het individuele behandelplan bestaat uit een combinatie van een gezond voedingspatroon, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventueel psychologische begeleiding ter ondersteuning van de gedragsverandering. Bij de behandeling van obesitas is de NHG-standaard Obesitas het uitgangspunt. Patiënten kunnen binnen het zorgprogramma ook naar de diëtist worden verwezen voor individueel of **groepsgerichte aanpak** van voedingspatroon verandering.

Stress

Het risico op Hart- en Vaatziekten wordt verhoogd door chronische stress, bepaalde persoonlijkheidskenmerken en depressieve- of angststoornissen. Er wordt bij de patiënt nagegaan of stressfactoren aanwezig zijn en of de patiënt deze wil aanpakken. De 4DKL kan hierbij als hulpmiddel gebruikt worden. Tevens wordt zo nodig extra ondersteuning geboden door te verwijzen naar maatschappelijk werk, POH-GGZ of een eerstelijns psycholoog.

Omgeving/sociaal

Met de patiënt wordt bekeken hoe zijn sociaal en maatschappelijk functioneren is en wat zijn/haar doelen zijn met betrekking tot werk, relatie, familie/vrienden en hobby's. Deze doelen zijn ook van belang in het individueel zorgplan (IZP). Ten aanzien van de doelen op het werk kan het belangrijk zijn om afspraken te maken met de bedrijfsarts. Ook kan met hen gezocht worden naar een lotgenoten contact in de regio.

3.2.2 Het medicamenteus beleid bij VVR of status na CV event

Plaatjesaggregatie en/of antistolling

Aan alle patiënten met een HVZ dient acetylsalicylzuur te worden voorgeschreven, tenzij er een indicatie is voor orale antistollingstherapie (bijvoorbeeld bij atriumfibrilleren, structurele hartafwijkingen,

kunstkleppen en vaatprothesen). Bij patiënten met overgevoeligheid voor acetylsalicylzuur kan clopidogrel worden voorgeschreven. Na een TIA of een onbloedig CVA zijn er twee gelijkwaardige behandelopties: clopidogrel 75 mg of acetylsalicylzuur in combinatie met dipyridamol 2 dd 200 mg (deze laatste optie alleen indien de bijwerkingen dit toelaten). Indien bij TIA of CVA patiënten een indicatie is voor een coumarinederivaat of een DOAC, kan de plaatjesaggregatieremmer gestopt worden.

Antihypertensiva

Hierbij hangt de voorkeursmedicatie af van de aandoening, zie NHG-standaard. Bij personen met een bloeddruk ≥ 180 mm Hg is altijd een indicatie voor behandeling. Bij overige personen alleen als er sprake is van een Zeer Hoog Risico en een bloeddruk boven de streefwaarde van 140 mm Hg. Bij personen met een Hoog Risico wordt overwogen de bloeddruk te behandelen indien deze boven deze streefwaarde is.

Streefwaarde bij behandeling is over het algemeen ≤ 140 mm Hg maar in bepaalde gevallen kan de bloeddruk verder verlaagd worden (≤ 130 mm Hg) als deze goed verdragen wordt, en er een hoger risico is zoals bij chronische nierschade. Bij personen ouder dan 70 jaar wordt een streefwaarde van 150 mm Hg aangehouden. Bij een therapie resistente bloeddruk wordt het stappenplan vanuit de NHG-standaard doorgenomen en zo nodig verwezen naar een internist (bij voorkeur een IVG = internist vasculair geneeskundige). Het is ook mogelijk de kaderhuisarts te raadplegen via Caresharing. Bij het instellen op bloeddrukverlagende behandeling na een doorgemaakte HVZ wordt rekening gehouden met het gebruik van overige medicatie en comorbiditeit.

Bij patiënten met een coronaire ziekte zijn bètablokkers geïndiceerd, ongeacht de hoogte van de bloeddruk. Na een coronaire revascularisatie, een hartinfarct en/of hartfalen verbeteren ACE-remmers de prognose. Ook in het geval van een normale bloeddruk zijn ACE-remmers daarom geïndiceerd als deze worden verdragen. In geval van kriebelhoest als bijwerking kunnen ARB's (Angiotensine Receptor Blokker) worden voorgeschreven. Na een CVA of een TIA bestaat ook bij een SBD ≤ 140 mmHg een indicatie voor bloeddrukverlagende behandeling als deze wordt verdragen.

Cholesterolverlagers

Bij patiënten met HVZ en een te hoog LDL wordt altijd behandeling met een statine geadviseerd. Bij patiënten met een HVZ jonger dan 70 jaar wordt een streefwaarde voor het LDL van 1,8 mmol/l geadviseerd. Bij overige personen een streefwaarde van $< 2,6$ mmol/l. Bij een behandelindicatie bij Zeer Hoog of Hoog Risico wordt een statine geadviseerd bij een LDL $> 2,5$.

Wordt het behandeldoel niet gehaald door bijwerkingen of onvoldoende werking van de statines dan kan een consultatie of verwijzing naar de vasculair internist aangewezen zijn.

Ouderen en medicatie

Bij ouderen zonder HVZ wordt ook geadviseerd de antihypertensiva en statines te continueren met inachtnaam van de hogere streefwaarde van 150 mm Hg. Bij kwetsbare ouderen zonder HVZ wordt geadviseerd de statines te staken.

4. Beslissingsondersteuning

Het doel van beslissingsondersteuning is: effectief gebleken zorg aan te bieden. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van de richtlijnen die genoemd zijn in de inleiding. Het gaat hierbij om de NHG-standaarden, LTA's en de zorgstandaard vitale vaten.

De behandelaren bespreken de inhoud van deze richtlijnen met de patiënt, zodat deze een goed geïnformeerde keuze kan maken. In het dagelijks handelen worden huisartsen en praktijkondersteuners hierbij ook systematisch ondersteund wanneer zij gebruik maken van het KIS. De multidisciplinaire richtlijn is bedoeld voor en geaccordeerd door huisartsen en specialisten.

De andere eerstelijns disciplines hebben hun eigen protocollen.



5. Keten Informatie Systeem (KIS)

De ICT wordt gebruikt voor registratie van de zorg en als ondersteuning om evidence based zorg te verlenen. Ook is goede registratie belangrijk voor feedback op het eigen handelen. Tevens wordt het gebruikt voor het plannen van de zorg en voor communicatie tussen zorgverleners.

Alle medische gegevens van de patiënten in het zorgprogramma worden opgeslagen in het KIS. Huisartsen en praktijkondersteuners werken in het KIS. De andere behandelaars kunnen nog niet allemaal in het KIS werken. Zij sturen verslagen van hun behandelingen naar de huisartsenpraktijk zodat het opgeslagen kan worden in het HIS. Het streven van de KIS ontwikkelaar is te werken met één systeem waar alle zorgverleners hun gegevens in kwijt kunnen. Momenteel wordt er in deze regio gewerkt met drie Keten Informatie Systemen: Caresharing, VIP en Portavita.

Binnen de zorggroep wordt gestreefd naar een KIS waarin ook de patiënt inzage heeft en ook een mogelijkheid krijgt om eigen metingen in te voeren. Hiermee wordt het zelfmanagement van de patiënten vergroot en is de huisartsenpraktijk makkelijk te bereiken. Het biedt patiënten namelijk de volgende mogelijkheden:

- een deel van hun medisch dossier inzien (journaal/episodes);
- hun actuele medicatie-overzicht raadplegen;
- lab uitslagen inzien;
- een geneesmiddelenpaspoort printen;
- betrouwbare informatie raadplegen over de medicatie en aandoeningen;
- zelf notities maken die niet zichtbaar zijn voor de zorgverlener.

6. Organisatie

De GHO-GO maakt jaarlijks een werkplan en formuleert daarin de doelen binnen de chronische zorg. De medisch manager bereidt dit voor met ondersteuning van de kwaliteitscommissie en na bespreking met het bestuur van de GHO-GO.

De kaderhuisarts is de voorzitter van de multidisciplinaire kwaliteitscommissie. De kwaliteitscommissie is verantwoordelijk voor de inhoudelijke ontwikkeling en afspraken binnen het zorgprogramma.

De chronische zorg wordt ook ondersteund door het secretariaat, de financiële administratie en door de directie ten aanzien van de communicatie en het datamanagement.

Multidisciplinaire werkgroep

De kaderhuisarts is de voorzitter van een multidisciplinaire kwaliteitscommissie. Hierin zijn alle zorgverleners uit dit zorgprogramma vertegenwoordigd. De werkgroep bestaat naast de kaderhuisarts uit: twee huisartsen, twee POH, een patiëntenvertegenwoordiger, een of meer medisch specialisten en een (gespecialiseerd) verpleegkundige. De kwaliteitscommissie CVRM bestaat uit een fysiotherapeut, een diëtist, een apotheker en zo nodig een specialist ouderengeneeskunde. De kwaliteitscommissie overlegt twee tot drie keer per jaar om zorginhoudelijke ontwikkelingen uit te werken en afspraken te maken. Ook worden afspraken gemaakt over het implementeren en evalueren van de chronische zorg.

Communicatie

Het werkplan van de zorgprogramma's verschijnt op de GHO-GO website.

De communicatie intern naar de zorgverleners van GHO-GO verloopt via de nieuwsbrief tweewekelijks.

Elk jaar wordt een terugkombijeenkomst belegd voor alle POH-S, alle huisartsen en overige ketenpartners.

De communicatie naar patiënten over de zorgprogramma's verloopt naast de website van de GHO-GO via de huisarts, de POH-S en iedere andere ketenpartner en door hen te gebruiken folders die de zorggroep uitgeeft.

Bijlage 1: Opschonen van ICPC-codes HVZ en geïndiceerde patiënten voor primaire preventie

Stap 1

Maak een uitdraai van alle patiënten met een ICPC passend bij HVZ

Ziekte	ICPC-code
Aneurysma aortae	K99.01
Perifeer arterieel vaatlijden	K92.01
Atherosclerose	K91
TIA	K89
CVA	K90.03
Andere ischaemische hartziekten	K76
Hartinfarct	K75
Angina pectoris	K74

Als niet goed in subcodes wordt gecodeerd, dan wordt een selectie gemaakt op de hoofdcodes. Patiënten met diabetes mellitus én een HVZ volgen niet het zorgprogramma HVZ, maar het zorgprogramma DM.

Maak een tweede uitdraai voor alle patiënten zonder HVZ, maar met een ICPC code die mogelijk in aanmerking komen voor primaire preventie CVRM:

Ziekte	ICPC-code
Hypertensie	K86 en K87
Hypercholesterolemie	T93
Primaire preventie CVRM	K49
Reumatoïde artritis	L88.01

en daarbij gebruik maken van relevantie medicatie: CO3, CO4, CO7, CO8 en/of CO9 C10.

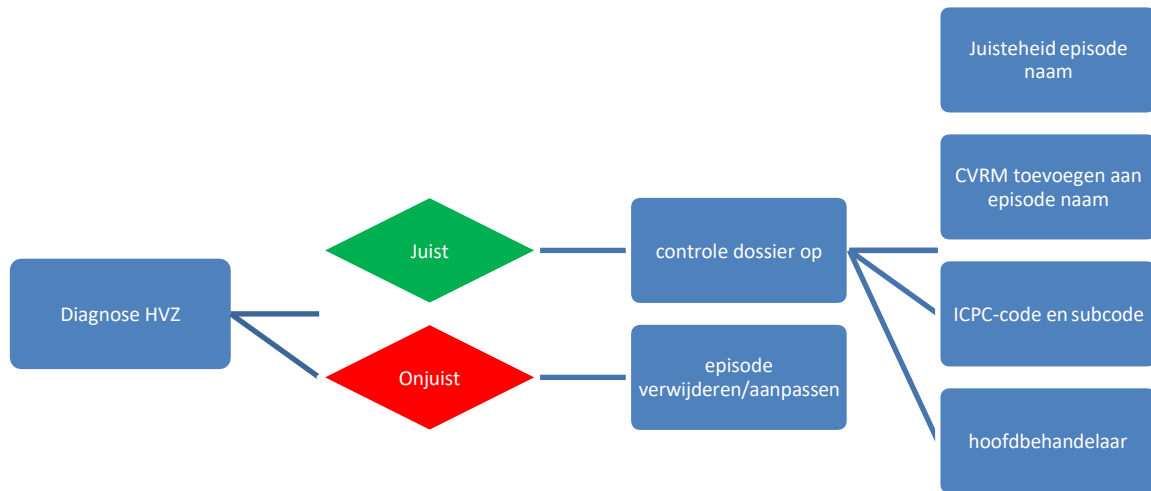
Stap 2

Het verrichten van dossieronderzoek. Tijdens dit onderzoek wordt gelet op:

- juistheid ICPC-code > foutieve ICPC verwijderen;
- indien van toepassing subcodes toevoegen, bijvoorbeeld K92: fenomeen van Raynaud (K92.02) en perifeer vaatlijden (K92.01);
- hoofdbehandelaar invoeren in diagnostisch dossier: ziekenhuis/huisarts/overig. Indien het overig, wordt ook de reden ingevuld van geen geregelde zorg;
- CVRM toevoegen aan naam episode, zodat goed zichtbaar is in welke episode alle CVRM zorg wordt geregistreerd. Dit is vooral van belang bij patiënten met meerdere cardiovasculaire morbiditeit zodat goed duidelijk is in welke episode alle CVRM wordt geregistreerd.

Indien een POH-er het dossieronderzoek verricht, dan wordt bovenstaand stappenplan ook gevolgd, maar bij twijfel over de diagnose wordt met de huisarts overlegd.

Hieronder is het stappenplan schematisch weergegeven.



Bijlage 2: Zorgweigeraar/no show

Definitie zorgweigeraar

- De patiënt die heeft aangegeven alle zorg te weigeren (calamiteiten daargelaten).
- De patiënt die persoonlijk heeft aangegeven bedoelde (DM, COPD, HVZ) zorg bij de huisarts respectievelijk POH te weigeren.
- De patiënt die gedurende een jaar niet op gemaakte afspraken is verschenen én niet reageert op jaarlijkse en herhaalde uitnodiging een afspraak te maken.
- Er is een medische/sociale reden zoals verstandelijke beperking, dementie en detentie.

De huisarts onderneemt bij een zorgweigeraar/no show de volgende acties:

Stap 1) Telefonisch contact bij niet verschijnen op gemaakte afspraak en nieuwe afspraak inplannen. Wanneer telefonisch contact niet tot stand komt een vervolgspraak inplannen na drie tot vier weken en patiënt daar schriftelijk voor uitnodigen.

Stap 2) Wanneer patiënt deze afspraak ook niet nakomt dan wederom telefonisch contact opnemen vanwege niet verschijnen op afspraak en een nieuwe afspraak inplannen. Wanneer telefonisch contact niet tot stand komt een vervolgspraak inplannen na drie tot vier weken en patiënt daar schriftelijk voor uitnodigen.

Stap 3) Wanneer patiënt deze afspraak wederom niet nakomt schriftelijk bericht ter kennisneming sturen dat patiënt altijd welkom is voor huisartsenzorg maar niet meer zal worden opgeroepen door de huisarts(enpraktijk) voor CVRM Ketenzorg.

Daarnaast wordt een schriftelijke uitnodiging met een afspraak gestuurd aan die patiënten die het laatste jaar geen afspraak hebben gehad, om welke reden dan ook.

Bijlage 3: Intake consult

Uitvoeren intake consult

De patiënten, die na dossieronderzoek zijn geselecteerd voor zowel primaire als secundaire CVRM, worden opgeroepen (bijvoorbeeld in hun geboortemaand) en gezien op het spreekuur, waarbij als eerste een risicoprofiel wordt opgesteld en geregistreerd in het KIS. Daarbij wordt gecontroleerd of zij hun persoonlijke streefwaarden hebben gehaald ten aanzien van de risicofactoren: onder andere rookstatus, BMI, NNGB, SBD en LDL cholesterol.

Laboratoriumonderzoek voorafgaand

De onderstaande items worden voorafgaand bepaald. Per individu kan dit aangevuld met extra items, afhankelijk van comorbiditeit of eventueel belaste familie anamnese.

- Natrium
- Kalium
- Kreatinine en eGFR \ MDRD
- Cholesterol
- HDL-cholesterol
- LDL-cholesterol
- Triglyceriden
- Glucose nuchter
- Albumine/kreatinine ratio in de urine

Taakverdeling intake consult

De uitnodiging zal verstuurd worden en/of de afspraak gemaakt worden door de doktersassistente of de praktijkondersteuner. Het gesprek met de patiënt zal gedaan worden door de praktijkondersteuner of de huisarts. Bij complexe zorg door de huisarts, anders door de POH-er.

Inhoud intake controle

- Invullen en bespreken van de CVRM-module in het KIS, daarbij komen alle risicofactoren aan bod en wordt een volledig risicoprofiel opgesteld.
- Bespreken laboratorium gegevens.
- Medicatie bespreken en indien van toepassing combineren met protocol polyfarmacie.
- Bespreken van de afwijkende waardes aan de hand van de CVRM-richtlijn, zo nodig aangevuld met de andere NHG-richtlijnen.

Beleid

- Opstellen behandeldoelen en verwerken in het individueel zorgplan (IZP) in het KIS, welke ter hand gesteld wordt aan de patiënt als onderlegger thuis voor de besproken aanpak.
- Indien van toepassing:
 - verwijzing maken;
 - informatie materiaal meegeven over zelfmanagement ondersteuning.
- Afspraken maken ten aanzien van follow-up. Op korte termijn bij onvoldoende resultaat van preventief ingesteld beleid, zoals aangegeven in de NHG-richtlijn CVRM. Op langere termijn tot jaarlijks bij stabiele patiënten die op streefwaarde zijn, zowel qua meetgegevens als gedrag ten aanzien van leefstijl.

Bijlage 4: Jaarcontrole

Oproepen jaarcontrole

De patiënten die stabiel zijn ingesteld en op persoonlijke streefwaarden worden jaarlijks (bijvoorbeeld in hun geboortemaand) opgeroepen voor hun jaarcontrole. Bij deze uitnodiging wordt een laboratoriumformulier meegestuurd, zodat deze gegevens bekend zijn als de jaarcontrole wordt verricht.

Laboratoriumonderzoek

Bij gebruik van een diureticum, ACE-remmer of ARB: jaarlijks kreat/eGFR en Na/K.

Bij gebruik van een statine: jaarlijks alleen LDL (zo mogelijk LDL direct)

Bij iedereen onder behandeling voor CVRM: ACR en glucose driejaarlijks.

Strikt genomen hoeft bij statinegebruikers niet jaarlijks het LDL gecontroleerd te worden maar ter bevordering van de therapietrouw wordt dit wel aangeraden. Bij niet-statinegebruikers met een verhoogd LDL kan overwogen worden jaarlijks het lipidspectrum te bepalen ter controle en motivatie.

Bij een verminderde nierfunctie worden eGFR en ACR altijd tenminste 1 x per jaar bepaald.

Taakverdeling Jaarcontrole

De uitnodiging zal verstuurd worden door de doktersassistente of de praktijkondersteuner. Het gesprek met de patiënt zal gedaan worden door de praktijkondersteuner of de huisarts. Bij complexe zorg door de huisarts, anders door de POH-er.

Inhoud jaarcontrole

- Invullen en bespreken CVRM-protocol.
- Bespreken laboratorium gegevens.
- Medicatie bespreken en indien van toepassing combineren met protocol polyfarmacie
- Bespreken van de afwijkende waarden aan de hand van de CVRM-richtlijn, zo nodig aangevuld met de andere NHG-richtlijnen.

Beleid

- Opstellen behandeldoelen en verwerken in het individueel zorgplan (IZP).
- Indien van toepassing:
 - verwijzing maken;
 - informatie materiaal meegeven.
- Afspraken maken ten aanzien van follow-up.