

Landelijke Transmurale Afspraak Cardiovasculair Risicomanagement

Boomsma LJ, Van de Vijver PP, Lanphen JMG, Kaasjager K, Van Balen JAM, Banga JD, Franke CL, Luijckx GJR, Muntinga HJ, De Vries-Moeseelaar AM, Wildbergh T.

Samenvatting

- De LTA CVRM gaat uit van de multidisciplinaire richtlijn CVRM uit 2011 en is opgesteld door cardiologen, neurologen, internisten/vasculair geneeskundigen, vaatchirurgen en huisartsen.
- In de LTA ligt de nadruk op gezamenlijke besluitvorming van arts en patiënt, en wordt zelfmanagement aanbevolen.
- Bij de afspraken over het beleid bij CVRM vormen leefstijlonderwerpen een belangrijk aandachtspunt.
- Medicatiekeuze bij CVRM is gebaseerd op landelijke richtlijnen.
- De LTA CVRM geeft aanbevelingen voor verwijzing en terugverwijzing tussen eerste en tweede lijn.

Veelgebruikte afkortingen

BMI	body mass index
CVA	cerebrovasculair accident
CVRM	cardiovasculair risicomanagement
DM	diabetes mellitus
eGFR	estimated glomerular filtration rate (geschatte glomerulaire filtratiesnelheid)
HDL	high-density-lipoproteïne
HVZ	hart- en vaatziekten
LDL	low-density-proteïne
RA	reumatoïde artritis
TC	totaal cholesterol

Inleiding

De Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) is opgesteld door een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Nederlandse Vereniging van Vaatchirurgen (NVvV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Deze LTA bevat afspraken voor de diagnostiek van en het beleid bij patiënten die:

- naar aanleiding van één of meer risicofactoren in aanmerking komen voor een risicoschatting (groep 1);
- een hart- en vaatziekte, diabetes mellitus of reumatoïde artritis hebben (groep 2).

Bij de LTA is rekening gehouden met verschillen tussen patiëntenpopulaties en mogelijkheden van aanvullende diagnostiek tussen huisartsen en specialisten. De LTA richt zich op de raakvlakken tussen eerste- en tweedelijnszorg.

De LTA CVRM dient als uitgangspunt voor regionale afspraken op het gebied van CVRM. Voor werkafspraken rond CVRM tussen de eerste en tweede lijn komen vooral in aanmerking internisten/vasculair geneeskundigen, cardiologen, neurologen, vaatchirurgen en huisartsen. Daarnaast wordt aanbevolen ook patiëntenorganisaties, reumatologen en oogartsen te betrekken bij de afspraken. Reumatologen omdat patiënten met reumatoïde artritis een verhoogd risico op HVZ hebben, vergelijkbaar met dat van patiënten met DM. Oogartsen vanwege de patiënten met amaurosis fugax.

Het patiëntenperspectief is belangrijk in de zorgstandaard CVRM, en is ook meegenomen in de LTA. Daarnaast gaat deze LTA in op de plaats van de zogenoemde centrale zorgverlener en op zelfmanagement van de patiënt.

De **huisarts** staat voor de huisartsenvoorziening met praktijkassistente en praktijkondersteuner.

De **specialist** (cardioloog, neuroloog, vaatchirurg, internist of anderen) staat voor de specialist met de medewerkers op de klinische en poliklinische afdeling, onder wie ook gespecialiseerde verpleegkundigen. Steeds meer ziekenhuizen en andere instellingen hebben vasculaire (preventie)poliklinieken onder verantwoordelijkheid van een specialist met aandachtsgebied CVRM.

Begrippen

- Een **risicoprofiel** is een overzicht van risicofactoren die relevant zijn voor HVZ (zie kader risicofactoren).
- Een **risicofunctie** is een wiskundige vergelijking gebaseerd op longitudinaal bevolkingsonderzoek, waarmee men de kans op een bepaalde uitkomst - zoals ziekte of sterfte door HVZ binnen tien jaar - kan voorspellen op basis van een risicoprofiel.
- Een **risicoschatting** is een berekening van de hoogte van het absolute risico op ziekte of sterfte door HVZ binnen tien jaar met behulp van de risicofunctie voor één patiënt aan de hand van diverse risicofactoren. De MDR gebruikt hiervoor: leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk en totaal cholesterol/HDLcholesterol-ratio (TC/HDL-ratio).

Pntenparticipatie en zelfmanagement

Bij CVRM is de eigen bijdrage van de patiënt aan de behandeling van wezenlijk belang.¹ De eerste stap daarbij is voorlichting aan de patiënt over zijn aandoening, het begrip cardiovasculair risico, de risicofactoren, de behandelingsmogelijkheden en de verwachte effecten. De patiënt moet ook weten welke aanpak van risicofactoren voor hem de meeste winst zal opleveren. Dit vraagt specifieke vaardigheden in de communicatie. Risicometers kunnen dit eventueel inzichtelijk maken (zie <http://keuzehulpent.huisarts.nl/verhoogde-kans-op-hart-en-vaatziekten/de-risicometer>). Bij de aanpak van leefstijlfactoren is motiverende gespreksvoering keer op keer van groot belang (zie ook: www.testuwrisico.nl). Bij medicatiegebruik gaat het om het vergroten van de therapietrouw door aan te sluiten op de verwachtingen en behoeften van de patiënt. Het bespreken en mogelijk wegnemen van bezwaren tegen medicatiegebruik en onderstrepen van de voordelen vormen een onderdeel hiervan. Wanneer de specialist de patiënt terugverwijst naar de eerste lijn moet de patiënt dit ervaren als een goed aansluitend zorgcontinuüm. De continuïteit van controles en een goede overdracht van de voorgeschreven medicatie zijn essentieel. Het doel is maximaal zelfmanagement te bereiken waar de patiënt zich prettig bij voelt en waarbij het cardiovasculaire risico zo veel mogelijk gereduceerd wordt. Ter ondersteu-

ning van het zelfmanagement stelt de zorgverlener in samenspraak met de patiënt een individueel zorgplan op. In een individueel zorgplan staat:

- welke doelen voor het vasculair risicomangement met de patiënt zijn afgesproken;
- welke beslissingen zijn genomen om deze doelen te realiseren;
- welke begeleiding de patiënt krijgt bij het invullen van zijn centrale rol;
- hoe en wanneer het verloop wordt gecontroleerd en de doelen zo nodig worden bijgesteld;
- wie uit het behandelteam verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid.

De doelen in het behandelplan kunnen in de loop van de tijd veranderen.

Vasculair risicomangement vergt afspraken over de verantwoordelijkheden in de afzonderlijke fasen en in gehele proces. Belangrijk is dat één zorgverlener aanspreekpunt is voor alle behandelaars en de patiënt. Deze centrale zorgverlener heeft een centrale rol in de totstandkoming en naleving van het individuele zorgplan. Vaak is dit de huisarts, maar deze taak kan overgenomen worden als een andere hulpverlener hoofdbehandelaar wordt, bijvoorbeeld bij opname in het ziekenhuis/verpleeghuis. Meestal komt de patiënt uiteindelijk weer terug in de zorg van de huisarts, die zijn beleid afstemt met andere zorgverleners.

Inbreng van de patiënt en persoonlijk inzicht van de behandelend arts

Patiëntgebonden factoren zullen het beleid altijd mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de LTA aan de orde. De huisarts en de specialist stellen, waar mogelijk, hun beleid vast in samenspraak met de patiënt en met erkenning van diens verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is. Het persoonlijk inzicht van de huisarts en de specialist speelt een belangrijke rol bij het transmurale beleid. Afweging van relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het in de LTA beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dit laat onverlet dat de LTA bedoeld is te fungeren als maat en houvast.

Doelstelling

De LTA benoemt de raakvlakken van eerste- en tweedelijnszorg en wil bevorderen dat huisartsgeneeskundige of specialistische zorg op het juiste tijdstip geboden wordt,

terwijl de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft voor de patiënt.

In het kader van CVRM is het belangrijk dat de eerste en tweede lijn samen afspraken maken over de volgende onderwerpen:

- Welke patiëntengroepen komen in aanmerking voor een risicoprofiel?
- Welke factoren in het cardiovasculaire risicoprofiel leiden tot een risicoschatting?
- Welke vormen van niet-medicamenteuze aanpak zijn relevant en wie bespreekt deze met de patiënt?
- Welk voorlichtingsmateriaal gebruiken huisarts en specialist en zijn die materialen eensluidend?
- Wat zijn de streefwaarden bij interventie en wat is het beleid als ze niet gehaald worden?
- Wat houden de medicatievoorschriften bij CVRM in, en hoe is de overdracht geregeld als er medicatie is gestart of wordt gewijzigd, rekening houdend met de behoeften en verwachtingen van de patiënt?
- Wie doet de controles, waar bestaan deze uit, bij welke patiëntengroepen en hoe vaak?
- Wie komen in aanmerking voor verwijzing naar de tweede lijn, wie voor terugverwijzing naar de eerste lijn en op welke termijn moet dit gebeuren? (Dit gaat meestal om patiënten die een hart- en vaatziekte hebben doorgemaakt.)
- Welke aandachtspunten zijn dan van belang in de communicatie?

Aan de hand van deze onderwerpen worden de afspraken in de LTA besproken.

Achtergronden

De afspraken zijn onderbouwd op grond van de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Cardiovasculair risicomangement² en de daarvan afgeleide NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement³ en de zorgstandaard Vasculair risicomangement.¹

Op verschillende plaatsen in het land hebben Medisch Coördinerende Centra (MCC) al werkafspraken gemaakt, die geïntegreerd zijn in deze LTA.⁴

Diagnostiek

Welke patiëntengroepen komen in aanmerking voor het opstellen van een risicoprofiel?

Groep 1 betreft patiënten zonder hart- en vaatziekten en zonder diabetes mellitus of reumatoïde artritis. Deze groep komt in aanmerking voor het opstellen van een cardiovasculaire risicoprofiel op basis van (een) individuele risicofactor(en): rokers ouder dan 50 jaar, patiënten met een verhoogde bloeddruk (systolisch ≥ 140 mmHg) of verhoogd cholesterol (totaal cholesterol $\geq 6,5$ mmol/l),

gebruik van antihypertensiva of statines en een belaste familieanamnese voor HVZ. Ook patiënten met chronische nierschade (< 65 jaar: eGFR < 60 ml/min/1,73m², ≥ 65 jaar: eGFR < 45 ml/min/1,73m², en/of (micro) albuminurie) komen in aanmerking voor het opstellen van een risicoprofiel.

Na de menopauze wordt bij vrouwen het risicoprofiel sterk ongunstiger, onder andere door extra stijging van het TC en LDL-cholesterol. Hierdoor kan risicoprofilering ook zinvol zijn bij (post)menopauzale vrouwen, met name als zij vroeg in de overgang zijn gekomen (< 40 jaar) en/of na zwangerschapscomplicaties, zoals DM, hypertensie en pre-eclampsie.

Tot slot kan een cardiovasculair risicoprofiel opgesteld worden bij mensen met overgewicht, of als uit de ingevulde vragenlijst uit de NHG-Standaard PreventieConsult module Cardiometabool Risico (www.testuwrisico.nl) blijkt dat iemand een (mogelijk) verhoogd risico heeft.

Het gaat hier om mensen met een verhoogd risico maar (nog) geen hart- en vaatziekte, diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De huisarts stelt bij hen het risicoprofiel op.

Groep 2 betreft patiënten die een hart- en vaatziekte hebben gehad (myocardinfarct, TIA, CVA of perifeer arterieel vaatlijden waaronder een aneurysma aortae) en patiënten met diabetes mellitus (zowel type 1 als type 2) of reumatoïde artritis. Zij komen in aanmerking voor het opstellen van een risicoprofiel. Deze patiënten zijn onder behandeling van een specialist of van de huisarts.

De meeste patiënten die een myocardinfarct, CVA of TIA, ruptuur van een aneurysma, amaurosis fugax of retina-afwijkingen doormaken worden acuut verwezen naar een specialist voor diagnostiek en zo mogelijk behandeling.

Bij de patiënten uit groep 2 stelt de behandelend arts het risicoprofiel op of verwijst daarvoor naar een andere hulpverlener.

Welke factoren in het cardiovasculaire risicoprofiel leiden tot een risicoschatting?

Het complete cardiovasculair risicoprofiel is een overzicht van relevante risicofactoren voor hart- en vaatziekten en is gebaseerd op een anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek (zie *kader Relevante risicofactoren*).

Bij CVRM wordt op basis van de risicofactoren een absolute risicoschatting gemaakt bij patiënten die niet bekend zijn met een hart- en vaatziekte (zie risicotabellen bij de MDR en NHG-Standaard CVRM).^{2,3} Voor patiënten met diabetes of reumatoïde artritis gebruikt men dezelfde tabellen maar vanwege hun

verhoogde risico wordt de leeftijd voor hen met 15 jaar verhoogd. De risicotabellen zijn ook beschikbaar in de NHG-ConsultWijzer. Er zijn verschillende websites met een zogenaamde risicometer, een applicatie die het risico uitrekent op basis van de waarde van de risicofactoren (onder andere op <http://keuzehulpen.thuisarts.nl/verhoogde-kans-op-hart-en-vaatziekten/de-risicometer>).

Bij patiënten die een hart- en vaatziekte hebben doorgemaakt bestaat is het cardiovasculair risico per definitie verhoogd en vormt het risicoprofiel het uitgangspunt voor leefstijladvies, medicamenteuze behandeling (doorgaans geïndiceerd) en de begeleiding daarbij. Hierbij worden de streefwaarden van bloeddruk, LDL cholesterol, gewicht en rookstatus regelmatig gecontroleerd; ook wordt in de gaten gehouden of verdere secundaire vaatschade opgetreden is.

Relevante risicofactoren

Anamnese:

- leeftijd;
- geslacht;
- roken (in pakjaren);
- familieanamnese met HVZ (dit verdient extra aandacht bij allochtone bevolkingsgroepen);
- voeding (gebruik van verzadigd vet, vis, groente en fruit, zout);
- alcoholgebruik (in eenheden/dag);
- lichamelijke activiteit.

Lichamelijk onderzoek:

- systolische bloeddruk;
- body mass index (eventueel aangevuld met middelomtrek).

Laboratoriumonderzoek:

- lipidspectrum (TC, HDL, TC/HDL-ratio, LDL, triglyceriden);
- glucosegehalte;
- serumcreatininegehalte met (via de MDRD-formule) geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR)*.

* Bij een verminderde nierfunctie en patiënten met DM: tevens albumineconcentratie in de urine

Beleid

Welke vormen van niet-medicamenteuze aanpak zijn relevant en wie bespreekt dit met de patiënt?

Leefstijlinterventies leiden tot een belangrijke risicoreductie bij hart- en vaatziekten. Degene die het risicoprofiel opstelt is verantwoordelijk voor het inzetten van de (niet-)medicamenteuze behandeling, waarbij eventueel een of meer taken gedelegeerd kunnen worden.

Leefstijlverandering vraagt om actieve participatie van de patiënt, die in staat moet zijn zelf aan de slag te gaan (zelfmanagement).

Voor het aanpassen van de leefstijl en het voedingspatroon worden in samenspraak met de patiënt concrete, haalbare doelen geformuleerd. Hoe de patiënt daarbij het beste ondersteund kan worden, hangt af van de behoefte van de patiënt en de regionale mogelijkheden. In de huisartsenpraktijk kan dit een taak voor de praktijkondersteuner zijn; bij de specialist voor de verpleegkundige van het cardiovasculaire risicomangement.

Het is van belang dat huisartsen en specialisten regionaal afspreken wie leefstijlonderwerpen ter sprake brengt, wie verantwoordelijk is voor de interventies en de vervolgstappen, wie de rol van centrale zorgverlener op zich neemt, welke voorlichtingsmaterialen gebruikt worden en hoe men elkaar informeert.

Inzicht in de lokale mogelijkheden op het gebied van leefstijl is van belang. Het gaat om de volgende leefstijlonderwerpen:

- *Stoppen met roken* geeft een belangrijke risicoreductie. Degene die het cardiovasculaire risicoprofiel opstelt gaat ook een gesprek aan over roken met als doel de motivatie om te stoppen te peilen en om deze motivatie zo mogelijk te vergroten. Voor stoppen met roken kan de specialist verwijzen naar de huisarts.
- *Het belang van gezonde voeding* wordt in de communicatie met patiënten vaak te weinig belicht. Het is van belang dat de arts de patiënt motiveert om de richtlijnen van gezonde voeding op te volgen (streefwaarde BMI ≤ 25 kg/m²). Dit veronderstelt ook een gestructureerde samenwerking met een diëtiste.^{5,6} Bij patiënten met overgewicht en obesitas wordt een gecombineerde leefstijlinterventie aangeraden: voedingsadviezen, bewegen en zo mogelijk (cognitieve) gedragstherapie.⁷
- *Bewegen*: geadviseerd wordt bij voorkeur vijf dagen per week een half uur per dag matig intensief te bewegen. Voor personen met obesitas of manifeste hart- en vaatziekten wordt 1 uur per dag aanbevolen. Soms is een bewegingsprogramma op maat beter, bijvoorbeeld bij patiënten die matig gemotiveerd zijn om te bewegen, bewegingsangst hebben of voor wie het niet veilig is om zelfstandig meer te gaan bewegen (bijvoorbeeld bij ernstige hypertensie, HVZ en een hoge leeftijd). Hierover is overleg met fysio- en oefentherapeuten mogelijk. Een bewegingsprogramma omvat een geleidelijke, individueel afgestemde trainingsopbouw, adviezen die passen bij de patiënt en het coachen van de patiënt om zelf de verantwoordelijkheid te gaan nemen voor het bewegen. Eventueel kan voorafgaand aan het bewegingsprogramma een inspanningsonderzoek uitgevoerd

worden om de belastbaarheid van de patiënt in te schatten.⁵ Patiënten die een hartinfarct hebben gehad, nemen vaak deel aan een revalidatieprogramma dat soms thuis moet worden voortgezet. Het is van belang daarop in te spelen bij de bewegingsadviezen. Als de specialist het cardiovasculaire risico in kaart brengt, kan hij voor bewegingsprogramma's verwijzen naar de huisarts, die de lokale mogelijkheden kent.

- Er zijn aanwijzingen voor een relatie tussen alcoholgebruik, een hoge bloeddruk en afwijkende lipidenwaarden. Vrouwen wordt geadviseerd maximaal 1 tot 2 glazen alcohol per dag te gebruiken, mannen 2 tot 3 eenheden per dag. Aan de hand van de gegevens over alcoholconsumptie kan de arts die het cardiovasculaire risicoprofiel opstelt mogelijk problematisch alcoholgebruik bespreekbaar maken.

Welk voorlichtingsmateriaal gebruiken huisarts en specialist en zijn die materialen op elkaar afgestemd?

In de tweede lijn gebruikt men eigen voorlichtingsmateriaal of materiaal van patiëntorganisaties. Soms ook folders die direct van de farmaceutische industrie komen. Deze laatste worden afgeraden. Huisartsen hebben uitgebreid voorlichtingsmateriaal over CVRM ter beschikking, dat in samenwerking met patiëntenverenigingen tot stand is gekomen. Zie hiervoor www.thuisarts.nl. Patiënten kunnen met een keuzehulp op <http://keuzehulpen.thuisarts.nl/verhoogde-kans-op-hart-en-vaatziekten/de-risicometer> zelf hun cardiovasculaire risico inschatten en nagaan hoe ze dit risico kunnen verlagen.

Het is van belang dat specialisten en huisartsen elkaars voorlichtingsmateriaal beoordelen en het gebruik afstemmen. Voorlichting in de eerste en tweede lijn moet inhoudelijk gelijk zijn en overeenstemmen met de MDR/NHG-Standaard CVRM en de uit deze LTA voortvloeiende afspraken.

Degene die het risicoprofiel opstelt is verantwoordelijk voor het geven van adequate voorlichting; dit kan eventueel gedelegeerd worden.

Wat zijn de streefwaarden bij interventie en wat is het beleid als deze niet gehaald worden?

Groep 1

Voor patiënten zonder hart- en vaatziekte, diabetes mellitus of reumatoïde artritis worden streefwaarden gehanteerd conform de MDR/NHG-Standaard CVRM.

Groep 2

Voor patiënten met DM en RA hanteert men in het algemeen dezelfde streefwaarden als voor groep 1. Wanneer een patiënt met DM en microvasculaire schade de behandeling

van de bloeddruk goed verdraagt, kan een lagere streefwaarde worden gebruikt om verdere microvasculaire schade te voorkomen. Bij patiënten met HVZ en een verhoogde bloeddruk (SBD > 140 mmHg) zijn antihypertensiva geïndiceerd en bij een LDL > 2,5 mmol/l statines. Bij patiënten met een zeer sterk verhoogd risico op HVZ (bijvoorbeeld bij een recidief hartvaatziekte ondanks adequate behandeling, of zeer premature HVZ in de familie) kan een lagere LDL-streefwaarde worden gehanteerd conform de vigerende richtlijnen van de beroepsgroep.^{2, 3, 8}

Het hanteren van streefwaarden vergt afstemming tussen de hoofdbehandelaar en de patiënt om te komen tot een vorm van maatwerk bij CVRM. Als de streefwaarden bij de individuele patiënt of bepaalde patiëntengroepen niet gehaald worden is er reden voor overleg tussen huisarts en specialist of verwijzing van huisarts naar specialist.

Wat houden de medicatievoorschriften bij CVRM in, en hoe is de overdracht geregeld als er medicatie is gestart of gewijzigd?

De LTA CVRM gaat uit van de medicamenteuze adviezen in de MDR/NHG-Standaard CVRM. Tussen de verschillende voorschrijvers kan discussie ontstaan over medicatie vanwege de prijs, mogelijke bijwerkingen, verschil in patiëntenaanbod tussen eerste en tweede lijn of het inkoopbeleid van ziekenhuizen.

Groep 1

Bij patiënten zonder HVZ, DM of RA met een tienjaarsrisico op HVZ \geq 20% of een risico van 10% tot 20% en risicoverhogende factoren, wordt medicamenteuze behandeling geadviseerd bij een SBD > 140 mmHg en/of een LDL > 2,5 mmol/l. Vrijwel alle mensen van 70 jaar of ouder met deze waarden hebben een tienjaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ van > 20% en komen daardoor in aanmerking voor medicamenteuze begeleiding.

Bij personen van 80 jaar of ouder met hypertensie wordt geadviseerd pas te starten met medicatie bij een systolische bloeddruk boven de 160 mmHg, als leefstijlmaatregelen onvoldoende effect hebben gehad. Bij mensen met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie is een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling van HVZ noodzakelijk. Bij deze afweging moeten de wensen van de patiënt meegewogen worden.

Groep 2

Het cardiovasculair risicomanagement bij patiënten met DM of RA is in essentie identiek aan dat bij patiënten zonder HVZ, DM of RA, en gebaseerd op de individuele risicoscore. Voor de schatting daarvan wordt 15 jaar opgeteld bij de actuele leeftijd.

Tabel 1 Voorkeursmedicatie hypertensie

Kenmerk of conditie	Voorkeursmedicatie (separaat of in combinatie)
Ongecompliceerde hypertensie (niet-negroïde patiënten, ouder dan 50 jaar)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Thiazidediureticum of calciumantagonist 2. Toevoegen ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB), bij voorkeur in combinatietablet 3. Combineer thiazidediureticum, ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) en calciumantagonist 4. Overweeg therapieresistente hypertensie
Jonge leeftijd (< 50 jaar)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) 2. Toevoegen bètablokker (als deze wordt verdragen) 3. Toevoegen diureticum of calciumantagonist
Oudere leeftijd (> 70 jaar)	Diureticum, calciumantagonist en/of ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB); keuze op basis van comorbiditeit en comedatie
Chronisch, stabiel hartfalen	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) 2. Toevoegen diureticum 3. Toevoegen bètablokker
Chronische nierschade (inclusief microalbuminurie)	ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB)
DM (zonder microalbuminurie)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Thiazidediureticum 2. Toevoegen ACE-remmer (bij kriebelhoest ARB) 3. Toevoegen calciumantagonist
Atriumfibrilleren	Bètablokker
Astma / COPD	Diureticum
Negroïde afkomst	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calciumantagonist of diureticum. 2. Calciumantagonist én diureticum

Bij alle patiënten met HVZ en een LDL > 2,5 mmol/l wordt behandeling met een statine geadviseerd. Bij patiënten met gedocumenteerd symptomatisch coronair lijden of een doorgemaakt hartinfarct zijn statines geïndiceerd, ongeacht de initiële hoogte van het TC en LDL. Na coronaire revascularisatie, een hartinfarct en bij hartfalen zijn ACE-remmers geïndiceerd, ongeacht de hoogte van de bloeddruk.

Bij alle patiënten met een coronaire ziekte zijn bètablokkers geïndiceerd, ongeacht de hoogte van de bloeddruk.

In tabel 1 staat de voorkeursmedicatie bij de behandeling van hypertensie. Bij de keuze van het antihypertensivum moet rekening

gehouden worden met specifieke kenmerken van de patiënt (zoals klachten en polsfrequentie), voorafgaande ervaringen van de patiënt, potentiële bijwerkingen, interacties en contra-indicaties.

De MDR/NHG-Standaard CVRM geeft bij een verhoogd cholesterol en een indicatie voor behandeling het advies de behandeling altijd te starten met simvastatine 40 mg (zie tabel 2). Eventueel kan bij onvoldoende LDL-verlaging atorvastatine of rosuvastatine worden voorgeschreven.

Als de patiënt de medicatie niet verdraagt, kan de dosering van de statine worden verlaagd of worden vervangen door pravastatine (\leq 80 mg/d), rosuvastatine (\leq 40 mg/d) of fluvastatine (\leq 40 mg/dag).

Tabel 2 Stappenplan statinetherapie

Stap 1	Start met simvastatine 40 mg/d (of lager indien geringe LDL-verhoging)
Stap 2	Switch naar atorvastatine 20 of 40 mg/d of rosuvastatine 10 of 20 mg/d (dosering afhankelijk van de LDL-verhoging)
Stap 3	Verhoog dosering atorvastatine tot maximaal 80 mg/d of rosuvastatine tot maximaal 40 mg/d
Stap 4	Bij niet bereiken van LDL-streefwaarde, zie desbetreffende paragraaf in MDR/NHG-Standaard CVRM ^{2,3}

Trombocytenaggregatieremming en antistolling: patiënten met HVZ komen in aanmerking voor trombocytenaggregatieremming tenzij er een indicatie is voor orale antistolling. Na een myocardinfarct is acetylsalicylzuur geïndiceerd en na een TIA/CVA acetylsalicylzuur aangevuld met dipyridamol. Als de patiënt acetylsalicylzuur niet verdraagt, wordt clopidogrel voorgeschreven. Bij een cardiale emboliebron is antistolling geïndiceerd in plaats van acetylsalicylzuur. Bij patiënten zonder HVZ wordt behandeling met acetylsalicylzuur niet aanbevolen.

Naast de keuze van medicatie is het van belang rekening te houden met de wensen van de patiënt, therapietrouw en bijwerkingen.

Het is belangrijk dat specialisten en huisartsen afspraken maken over het medicatiebeleid bij patiënten die door de huisarts behandeld werden en vervolgens bij een andere arts onder behandeling komen, bijvoorbeeld tijdens een opname in het ziekenhuis of na ontslag.

Bij ontslag uit het ziekenhuis is de behandelende arts verantwoordelijk voor een duidelijke overdracht van de medicatie waarbij aangegeven wordt welke medicatie nieuw is, welke gestopt, welke wijzigingen er zijn in duur van het gebruik, dosering of farmaceutische vorm en waarom de medicatie gewijzigd is (bijvoorbeeld allergie, intolerantie). Bij wijziging of substitutie van medicatie om niet-medische redenen moet de wijziging voor ontslag weer worden teruggedraaid.⁹

Medicatiekeuze vraagt om regionaal gestructureerd overleg en duidelijke afspraken.

Bij bespreking van deze LTA in de regio is het van belang om eenduidig te zijn over de medicatievoorschriften. Daarnaast is het van wezenlijk belang afspraken te maken over de communicatie bij wijzigingen en aanpassing van de medicatie.

Omdat het vaak gaat om meerdere medicijnen bij oudere mensen zijn deze aandachtspunten extra van belang: goede voorlichting over de werking en bijwerkingen, het tijdig signaleren van bijwerkingen, interacties, onduidelijkheden bij voorschrijven en therapietrouw. Samenwerking met de apotheker is hierbij cruciaal.¹⁰

Wie doet de controles bij welke patiëntengroepen en hoe vaak?

Bij patiënten die in aanmerking komen voor CVRM is regelmatige controle nodig. De aanbevolen controlefrequenties verschillen voor patiënten die geen (groep 1) en die wel (groep 2) een hart- en vaatziekte hebben

doorgemaakt. Via controle kan men:

- het effect van de behandeling nagaan (gewichtsafname, verlaging bloeddruk en cholesterol);
 - veranderingen in het risicoprofiel vaststellen;
 - het veilig en goed gebruik van medicijnen garanderen (medicatieveiligheid en therapietrouw);
 - suboptimaal medicijngebruik signaleren.
- Een controleschema wordt opgesteld per individu, rekening houdend met het risicoprofiel, de (co)morbiditeit en de persoonlijke wensen van de patiënt.¹

Soms komen oudere patiënten na een hart- en vaatziekte in aanmerking voor gedeelde zorg vanuit de eerste en tweede lijn. Hier kunnen regionaal afspraken over gemaakt worden.

Wie komen in aanmerking voor verwijzing naar de tweede lijn en wie voor terugverwijzing naar de eerste lijn?

Patiënten met risicofactoren maar zonder doorgemaakte hart- en vaatziekten of met diabetes mellitus dan wel met reumatoïde artritis kunnen voor CVRM vrijwel altijd door de huisarts worden begeleid. Verwijsindicaties en beleid in de tweede lijn staan in tabel 3. De patiënt wordt terugverwezen als de vraag van de huisarts beantwoord is, de diagnostiek in de tweede lijn is afgerond en de individuele streefwaarden van de patiënt voor zover mogelijk bereikt zijn. Regionaal zijn per indicatie afspraken nodig naar welk specialisme de huisarts verwijst

en welke procedure hij daarbij volgt.

Er zijn in de eerste en tweede lijn veel onduidelijkheden over de indicaties voor terugverwijzing naar de eerste lijn. Het is belangrijk hier regionaal duidelijke afspraken over te maken.

Communicatie

Direct na ontslag uit het ziekenhuis informeert de specialist de huisarts door middel van een ontslagbrief (streven: binnen één werkweek). Na enkele poliklinische controles beoordeelt de specialist of de patiënt voldoende stabiel is voor volledige terugverwijzing naar de huisarts. Dit is meestal na enkele maanden en gebeurt op basis van het beloop, te verwachten complicaties en eventuele risicofactoren met hun reactie op behandeling.

De specialist informeert de patiënt dat de huisarts de behandeling overneemt. De specialist zorgt bij terugverwijzing zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen vier weken voor een adequate rapportage aan de huisarts. Bespreek regionaal de opbouw en inhoud van de verwijsbrief. Eventuele afwijkende streefwaarden moeten in elk geval met motivatie in de brief vermeld worden.

Tabel 3 Verwijzing naar de tweede lijn

Indicatie	Beleid in de tweede lijn
Hypertensie <ul style="list-style-type: none"> - hypertensieve crisis - vermoeden secundaire hypertensie - therapieresistente hypertensie gedurende 6 maanden én hoog risico HVZ (> 20%) bij*: <ul style="list-style-type: none"> • patiënten < 65 jaar én systolische bloeddruk > 140 mmHg • patiënten ≥ 65 jaar én systolische bloeddruk > 160 mmHg 	Uitsluiten secundaire hypertensie Instelling therapie Advies streefwaarden
Hypercholesterolemie <ul style="list-style-type: none"> - vermoeden familiale hypercholesterolemie - niet bereiken LDL streefwaarde en hoog risico HVZ (> 20%) 	Vermoeden familiale hypercholesterolemie: <ul style="list-style-type: none"> - diagnostiek - behandeling - opsporing verwanten** Niet bereiken streefwaarden: overweging andere lipidenverlagende medicatie
Sterk belaste familieanamnese met plotse hartdood op jonge leeftijd	Diagnostiek/behandeling

* Bij deze patiënten wordt aangegeven verwijzing te overwegen. Het onderscheid naar leeftijd is van belang omdat bij individuen ouder dan 65 jaar arteriële verstijving een steeds belangrijkere oorzaak wordt van systolische hypertensie en van therapieresistente hypertensie.

** Volgens protocol Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

Geadviseerd wordt regionaal afspraken te maken over:

- Niet-medicamenteuze interventies op gebied van leefstijl:
 - wie begeleidt de patiënt?
 - stoppen met roken: wie gaat daar mee aan de slag, eventueel terugverwijzen van tweede lijn naar eerste lijn?
 - alcoholgebruik: hoe wordt dit aangekaart, (terug)verwijzen?
 - gewichtsbeheersing en beweegadviezen: wie zorgt voor verwijzing diëtiste, uitwisselen van lokale beweegprogramma's?
- Voorlichting: wie geeft welke voorlichting, van welke voorlichtingsmaterialen maakt men gebruik en komen deze tussen de beroepsgroepen overeen?
- Streefwaarden: hoe hanteert men de streefwaarden, wat is het beleid en de communicatie als ze niet gehaald worden?
- Medicatie:
 - hoe gaat het overzetten op andere middelen, bijvoorbeeld wanneer een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis?
 - hoe is de berichtgeving bij wijzigingen van medicatie, zowel vanuit de eerste naar tweede lijn als vice versa?
- Overleg met de apotheker: hoe wordt dit gevoerd, door wie, wanneer?
- Controles:
 - hoe om te gaan met gedeelde zorg tussen eerste en tweede lijn; welke informatie moet dan uitgewisseld worden?
 - hoe om te gaan met het delegeren van controles aan verpleegkundigen en hun verantwoordelijkheid?
- Terugverwijzen
 - welke patiënten komen in aanmerking voor terugverwijzen naar de huisarts, hoe is de procedure, hoe wordt gewaarborgd dat de patiënt weer onder controle van de huisarts komt? Denk ook aan berichtgeving, wanneer is telefonisch overleg nodig, welke redenen zijn er om weer naar tweede lijn te verwijzen?
- Bespreken van erfelijke belasting en eventuele counseling.
- Patiëntenparticipatie:
 - Wie is de centrale zorgverlener?
 - Hoe vindt eventuele overdracht plaats?
 - Wordt met een individueel zorgplan gewerkt?

Totstandkoming:

In september 2009 startte een werkgroep met het opstellen van de LTA CVRM. Vanuit de Nederlandse Vereniging van Cardiologie namen deel dr. H.J. Muntinga en dr. T. Wildbergh, vanuit de Nederlandse Internisten Vereniging dr. J.D. Banga en dr. K. Kaasjager, vanuit de Nederlandse Vereniging van Neurologie dr. C.L. Franke en dr. G.J.R. Luijckx en vanuit het NHG J.M.G. Lanphen en P.P. van de Vijver.

Referenten waren dr. P.J.A.M. Brouwers en dr. P.H.E. Hilkens, neurologen namens de Nederlandse Vereniging van Neurologie; dr. B.A.E. van der Pol, oogarts namens het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap; dr. M.T. Nurmohamed, reumatoloog namens de Nederlandse vereniging voor Reumatologie, de Hart- en Vaatziekten Huisarts Advies Groep, dr. E.A. Dubois, cardioloog namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie; prof.dr. C.J. Zeebregts namens de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie; en D. Branbergen en L. Meijer, huisartsen namens de Federatie Medische Coördinerende Centra (FMCC). Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LTA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

De begeleiding van de werkgroep was in handen van A.M. de Vries- Moeselaar en L.J. Boomsma, wetenschappelijk medewerkers NHG.

P.P. van de Vijver, huisarts en wetenschappelijk medewerker Afdeling Implementatie van het NHG (tot 2010) en J.A.M. van Balen, huisarts en teamleider afdeling Richtlijnontwikkeling en wetenschap van het NHG, waren als mede-projectleider betrokken bij het realiseren van deze LTA.

Noten

Noot 1

Platform vitale vaten. Zorgstandaard Vasculair risicomanagement. <http://www.vitalevaten.nl/projecten/zorgstandaarden/zorgstandaard-cvrm-2013.html> 2009.

Noot 2

NHG/CBO. Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011

Noot 3

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.

Noot 4

De Medisch Coördinerende Centra zijn verenigd in een federatie en bieden toegang tot een website waar regionale afspraken uit het hele land worden opgenomen: www.fmcc.nl.

Noot 5

Boomsma LJ, Lakerveld-Heyl K, Gorter KJ, Postma R, Van der Laar FA, Verbeek W, Van Ravensberg CD, Flikweert S†. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 2006;49(8):418-24.

Noot 6

Partnerschap Overgewicht Nederland. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, november 2010.

Noot 7

Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijstee R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Van Avendonk MJP. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010;53(11):609-25.

Noot 8

European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, Alegria E, Chapman MJ, Durrington P, Erdine S, Halcox J, Hobbs R, Kjekshus J, Filardi PP, Riccardi G, Storey RF, Wood D; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) 2008-2010 and 2010-2012 Committees. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J. 2011;32(14):1769-818.

Noot 9

Labots-Vogelesang SM, Heijboer-Vinks IC, Van Aarnhem AMS, Folmer H, Giesen AGM, De Leest K, Numans ME, Vinks P, Flikweert S†, Lelie-van der Zande ACAM. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis. Huisarts Wet 2009;52(4):S7-S12.

Noot 10

MDR Polyfarmacie bij ouderen. www.nhg.org. 2012.