



Zorgprogramma CardioVasculair RisicoManagement/ Diabetes Mellitus type 2

Zorggroep Gelders Rivierenland
Eerstelijns Centrum Tiel

Commissie zorginhoud CVRM/Diabetes

Laatste evaluatie: oktober 2020

Datum herziening: elke twee jaar

Contactgegevens:

Zorggroep Gelders Rivierenland

0344-645802

secretariaat@gezondrivierenland.nl

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Samenvatting Zorgprogramma CVRM/DM	5
3. Diagnostiek	6
3.1. Screening en case finding	6
3.2. Diagnostiekfase	9
4. Behandeling	12
4.1. Voorlichting en niet medicamenteuze behandeling	12
4.2. Medicamenteuze behandeling	17
4.3. Individueel ZorgPlan	21
4.4. Controle en follow up	22
4.5. Patiënten zonder geregelde zorg	23
5. Deelnemende disciplines en taakverdeling	25
5.1. De centrale zorgverlener	25
5.2. Huisarts	25
5.3. Praktijkondersteuner	25
5.4. Praktijkassistente	25
5.5. Dietist	26
5.6. Podotherapeut en pedicure	25
5.7. Fysiotherapeut	26
5.8. Apotheker	26
5.9. De medisch specialist	26
5.10. Fysiotherapeut en revalidatie team in het ziekenhuis	26
6. Verwijsafspraken huisartsen specialisten	27
6.1 Intercollegiale e-consultatie kaderarts	27
6.2 E-consultatie medisch specialist	27
6.3. Verwijzing specialist	27
6.4 Terugverwijzing huisarts	29
7. Kwaliteit	30
7.1. Keuze en gebruik HIS/PORTAVITA	30
7.2. Registratie	30
7.3. Monitoren implementatie/evaluatiecyclus	30
7.4. Deskundigheid	31
8. Organisatie en financiën	32
8.1. Verantwoordelijkheid en regie	32
8.2 Scholing	32
8.3. Patiënten participatie	33
8.4. Financiën	33
9. Bijlagen	34
Bijlage 1. Inhoud POH eerste consult CVRM/DM inclusief risico-inventarisatie	34
Bijlage 2. NHG SCORE-tabel	34
Bijlage 3. Stroomschema Diagnostiek Diabetes Mellitus	37
Bijlage 4. Onderzoek Diabetische voet	38
Bijlage 5. Stroomschema bepaling zorgprofiel diabetische voet	41
Bijlage 6. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus	42
Bijlage 7. Stroomschema Verwijzing Diëtist	43
Bijlage 8. Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid	44
Bijlage 9. Stroomschema Stoppen met roken	45
Bijlage 10. Zorgprofielen bewegen uit zorgmodule bewegen	46

Bijlage 11. Formularium	47
Bijlage 12. Gemiddelde dosis/respons LDL-c verlaging.....	49
Bijlage 13. Instellen orale medicatie DM2 door huisarts + werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2-remmers	50
Bijlage 14a. Instellen + controle op insuline.....	52
Bijlage 14b. 2x en 4x daags insuline regime.....	53
Bijlage 15. Stroomschema consult POH vaststellen IZP	55
Bijlage 16. Stroomschema consult huisarts bespreking IZP	56
Bijlage 17. Stroomschema consult POH tussentijdse controle	57
Bijlage 18. Stroomschema jaarcontrole POH	58
Bijlage 19. Stroomschema jaarcontrole huisarts.....	59
Bijlage 20. Werkwijze aanvragen e-consult medisch specialist Portavita.....	60
Bijlage 21. Samenvatting NHG Chronische nierschade	61
Bijlage 22. Overzicht afspraken specialisten CVRM en DM.....	66
Bijlage 23. Samenstelling Commissie Zorginhoud CVRM/DM	72

1. Inleiding

De zorgprogramma's diabetes mellitus type 2 (DM) en CardioVasculair RisicoManagement (CVRM) verschenen voor het eerst in resp. 2007 en 2012. Dit geïntegreerde zorgprogramma CVRM/DM is gebaseerd op de volgende landelijke protocollen en richtlijnen:

- [NHG standaard diabetes mellitus type 2](#) (2018)
- [Protocollaire diabeteszorg](#) (2018)
- [NHG standaard cardiovasculair risicomangement](#) (2019)
- [Multidisciplinaire richtlijn CVRM](#) (2019)
- [NHG standaard Chronische Nierschade](#) (2018)
- [Richtlijn diabetische retinopathie](#) (2018)
- [KNGF zorgmodule bewegen](#) (2015)
- [NWF Voedingsrichtlijn](#) (2015)
- [Zorgmodule Bewegen](#) (2015)
- [Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera](#) (2014)
- Daarnaast is dankbaar gebruik gemaakt van producten van andere zorggroepen, t.w. het huisartsenteam en van de implementatieklapper van PoZoB en DOH.

Reikwijdte: Dit zorgprogramma is geschreven voor de huisartsen van de Zorggroep Gelders Rivierenland en het Eerstelijns Centrum Tiel.

Doelgroep

Dit zorgprogramma heeft betrekking op de zorg voor mensen met diabetes mellitus type 2 (DM), mensen die een cardiovasculair event (CVE) doormaakten of met een verhoogd cardiovasculair risico oftewel de patiënten die volgens de multidisciplinaire richtlijn CVRM 2019 vallen onder **zeer hoog** en **hoog risico**. De patiënten met hartfalen worden voorsnog niet tot de doelgroep van dit zorgprogramma gerekend.

Doelstelling

Het doel van dit zorgprogramma is aanwijsbare verbetering van de gezondheidsparameters voor de patiënt te bereiken door een systematische, gestructureerde, multidisciplinaire aanpak.

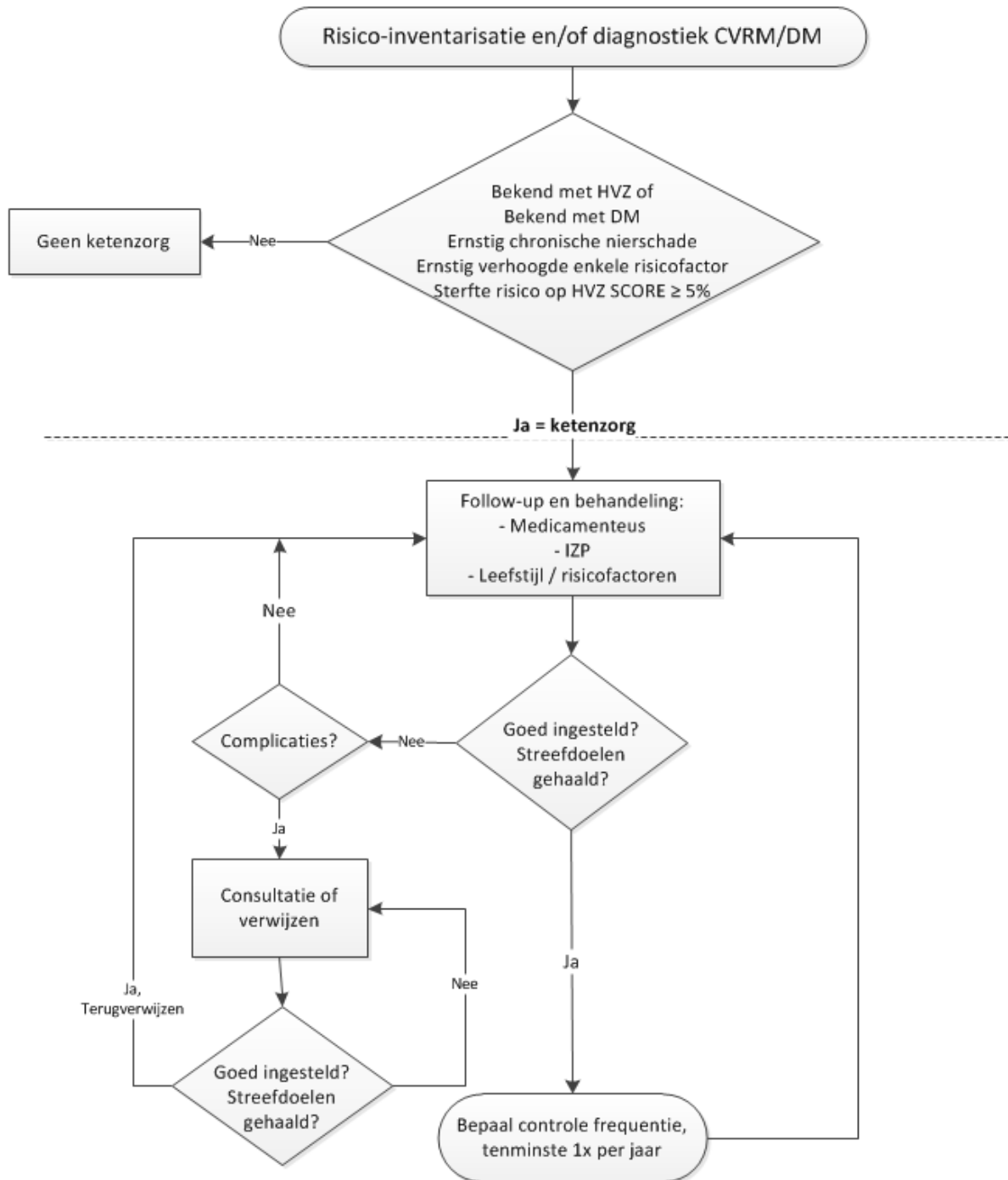
Uitgangspunten daarbij zijn:

- Verbetering ziekte inzicht middels adequate voorlichting t.a.v. ziekteproces DM en/of arterosclerose, mogelijke gevolgen en nut van preventieve maatregelen.
- Een patiëntgerichte aanpak wordt gerealiseerd in de vorm van multidisciplinair zorgaanbod afgestemd op de behoefte van de patiënt resulterend in een door de patiënt geaccordeerd Individueel ZorgPlan (IZP).
- Zelfmanagement en patient empowerment worden als integraal onderdeel van het zorgproces beschouwd.
- Gecombineerde leefstijlinterventies en educatie (met als onderdelen: psycho-educatie, stoppen met roken, voeding en bewegen) worden aangeboden.
- Taakherschikking waar mogelijk van tweede naar eerste lijn, van eerste lijn naar zelfmanagement.
- Toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg op wijkniveau wordt nagestreefd.
- Er is een nauwe afstemming met en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.
- Borging van de kwaliteit wordt bereikt door inzet van deskundige en competente mensen enerzijds, en door het systematisch uitvoeren van verbetercycli anderzijds, waarbij gebruik gemaakt wordt van vooraf gestelde landelijke indicatoren door InEen.

Dit zorgprogramma beschrijft de zorg aan de DM- en CVRM-patiënt vanaf het moment van vroegtijdige opsporing tot de behandeling en controle in de eerste lijn, momenten van consultatie en/of doorverwijzing naar de tweede lijn en terugverwijzing van de medisch specialist naar de huisarts.

2. Samenvatting Zorgprogramma CVRM/DM

Samenvatting zorgprogramma CVRM/ DM



3. Diagnostiek

3.1. Screening en case finding

Instroom van patiënten in het programma kan op diverse wijzen geschieden: als een resultaat van een gerichte zoekstrategie, als resultaat van case finding, en wanneer naar aanleiding van klachten of een doorgemaakt cardiovasculair event een patiënt tot de doelgroep gaat behoren. Deze 'instroomroutes' worden simultaan toegepast.

Er zijn verschillende zoekstrategieën beschikbaar: een mix heeft de voorkeur waarbij zowel gebruik wordt gemaakt van medicatie profielen, probleemlijstgegevens (met ICPC-codes) en eventueel bestaande ruiters. Werkinstructies voor case finding en HIS-selecties zijn op te vragen bij de zorggroepen. Dit geldt ook voor de vragenlijsten ter voorbereiding van een controlebezoek aan het spreekuur voor CVRM-patiënten.

Nadrukkelijk wordt gesteld dat de diagnostiek in engere zin van cardiovasculaire risicofactoren resp. morbiditeit niet valt binnen de strekking van dit zorgprogramma. De instroom in dit programma veronderstelt een afgeronde diagnostiek resulterend in een ICPC-code.

CVRM Risicoprofiel opstellen

Bij de volgende patiënten met:

- eerder vastgestelde hart- en vaatziekten (HVZ);
- DM;
- chronische nierschade (risico categorie matig of ernstig, zie [bijlage 21](#));
- belaste familie anamnese voor HVZ (1^e graads man ≤ 55 jaar of vrouw ≤ 65 jaar);
- verdenking erfelijke dyslipidemie (familiaire hypercholesterolemie, zie [NHG-standpunt](#));
- bekende aanwezige risicofactoren zoals:
 - roken
 - obesitas (BMI ≥ 30)
 - verhoogde bloeddruk (> 140 mmHg)
 - verhoogd cholesterol (> 6,5 mmol/l)
- COPD;
- bij reumatoïde arthritis (RA), ICPC L88;
- op verzoek patiënt, bij klachten of postmenopauzaal;
- DM type 2 bij ouders, broers of zussen.

Overweeg om een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen bij:

- patiënten met ankyloserende spondylitis, arthritis psoriatica, jicht;
- kanker onder behandeling of in de voorgeschiedenis;
- hiv-infectie;
- inflammatoire darmziekten (IBD);
- het obstructief slaapapneu syndroom;
- overgewicht (≤ 70 jaar: BMI ≥ 25 kg/m², > 70 jaar: BMI ≥ 28 kg/m²);
- patiënten met een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara), Hindoestaanse, Aziatisch-Surinaamse of Caribische achtergrond;
- vrouwen vanaf 45 jaar met pre-eclampsie of zwangerschapshypertensie in de voorgeschiedenis: herhaal om de 5 jaar.

Zie af van systematische schatting van het risico op hart- en vaatziekten bij mannen < 40 jaar en vrouwen < 50 jaar zonder bekende risicofactoren.

CVRM screening

Voor risicoschatting:

- niet-nuchter lipidenspectrum: TC, HDL, TC-HDL-ratio, LDL-cholesterol, triglyceriden
- glucose
- creatinine
- eGFR
- albumine-creatinineratio (ACR) in urine

DM screening

Driejaarlijks glucosebepaling bij spreekuurbezoekers > 45 jaar:

- met DM type 2 bij ouders, broers of zussen;
- met dyslipidemie (HDL-cholesterol $\leq 0,90$ mmol/l, triglyceriden $> 2,8$ mmol/l); van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst; van Hindoestaanse afkomst > 35 jaar.

Bij vrouwen die een zwangerschapsdiabetes hebben doorgemaakt:

herhaal eerste 5 jaar na zwangerschap jaarlijks nuchtere glucose. Daarna een maal per 3 jaar.

Anamnese

Vraag naar:

- roken,voeding (in bijzonder zout en verzadigde vetten), alcohol abus, beweging;
- eerder vastgestelde HVZ, DM, chronische nierschade en eerdere voorgeschiedenis. Relevant is COPD, RA, jicht, kanker, hiv, zwangerschapshypertensie of DM, inflammatoire darmziekten;
- de familieanamnese HVZ;
- psychosociale status/stress of psychiatrische aandoening;
- secundaire oorzaken van verhoogde bloeddruk (zie tabel 1.).

Lichamelijk onderzoek

- pols
- bloeddruk
- BMI

Inclusiecriteria (volgens de Handleiding InEen)

Patiënten van 18 jaar of ouder kunnen in het kader van het CVRM/DM worden ingedeeld in de volgende groepen:

1: Patiënten bekend met een of meerdere hart/ vaatziekten (HVZ):

Secundaire preventie

- | | ICPC-code |
|---|-----------|
| • Angina Pectoris (AP) | K 74 |
| • Myocard infarct (MI) | K 75 |
| • Ischemische HartZiekte (IHZ) | K 76 |
| • Coronair sclerose | K76.01 |
| • Myocardinfarct (>4 weken geleden) | K76.02 |
| • Transcient Ischaemic Attack (TIA) | K 89 |
| • Retinale venatak occlusie (RVTO) | K 89.01 |
| (Is een uiting van arteriosclerose van arteria retinalis) | |
| • Cerebro Vasculair Accident (CVA) | K 90.03 |
| • Atherosclerose | K 91 |
| (aangetoonde atherosclerose of aangetoonde ischemie) | |
| • Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) c.q claudicatio | K 92.01 |

- Aneurysma aortae K 99.01
- 2: Patiënten bekend met DM type 2. T 90.02
- 3: Matig of ernstige chronische nierschade.
4. Ernstig verhoogde enkele risicofactor, in het bijzonder totaal cholesterol > 8 mmol/l of bloeddruk 180 mmHg.
5. Mensen met een 10-jaars sterfterisico $\geq 5\%$
Primaire preventie.

Heroverwegen

6. Patiënten die reeds medicatie voor het cholesterol en/of tensie gebruiken
- Hypercholesterolaemie T 93
 - Hypertensie K 86/87

Let op: Ga bij patiënten met een verhoogd vasculair risico (VVR) na of destijds de behandeling terecht is gestart, volgens de nu geldende richtlijn. Maak hierbij een klinische inschatting of de patient nog in aanmerking zou komen voor medicatiegebruik en dus opname in het zorgprogramma CVRM. Bij twijfel overweeg de medicatie te staken om daarna opnieuw een risicoschatting uit te voeren middels de SCORE tabel (zie Bijlage 2). Indien score < 5 % zonder medicatie, beëindig zorgprogramma CVRM.

Exclusiecriteria (volgens de Handleiding InEen):

- ernstige comorbiditeit
- beperkte levensverwachting
- vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn
- vrouwen met zwangerschapsdiabetes
- DM type I

Voor atriumfibrilleren/hartfalen en familiale hypercholesterolemie geldt dat wanneer in de tweede lijn een adequate analyse heeft plaatsgevonden resp. een behandeling is ingesteld die tot stabilisering heeft geleid, de patiënt voor follow-up naar de eerste lijn kan worden terugverwezen en alsnog in het programma geïnccludeerd.

3.2. Diagnostiekfase

[Bijlage 1. Inhoud consult POH inclusief risico-inventarisatie](#)

Tijdens dit eerste consult worden alle nodige gegevens verzameld om tot een risico schatting te komen (op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratorium onderzoek).

Riscoschatting CVRM

Stap 1.

Bepaal bij patiënten op basis van bestaande cardiovasculaire morbiditeit, nierfunctie (eGFR en ACR) en/of ernstig verhoogde enkele risicofactor in welke risicocategorie de patiënt valt, zonder het risico kwantitatief te schatten met de SCORE-tabel, zie figuur 1 (volgende bladzijde).

Dit zijn patiënten met:

- eerder vastgestelde hart- en vaatziekten;
- DM;
- matig of ernstige chronische nierschade;
- een ernstig verhoogde enkele risicofactor: totaal cholesterol > 8 mmol/l of bloeddruk \geq 180 mmHg.

Al deze patiënten vallen in de categorie '**Ze**er hoog' of '**Hoog** risico'.

Indien de patiënt bovenstaande risico's niet heeft, ga door naar stap 2.

Stap 2.

Bepaal bij patiënten > 40 en \leq 70 jaar het tienjaars sterfterisico op hart- en vaatziekten met de SCORE-tabel ([zie Bijlage 2](#)). Vermenigvuldig bij patiënten met RA de risicoscore met 1,5.

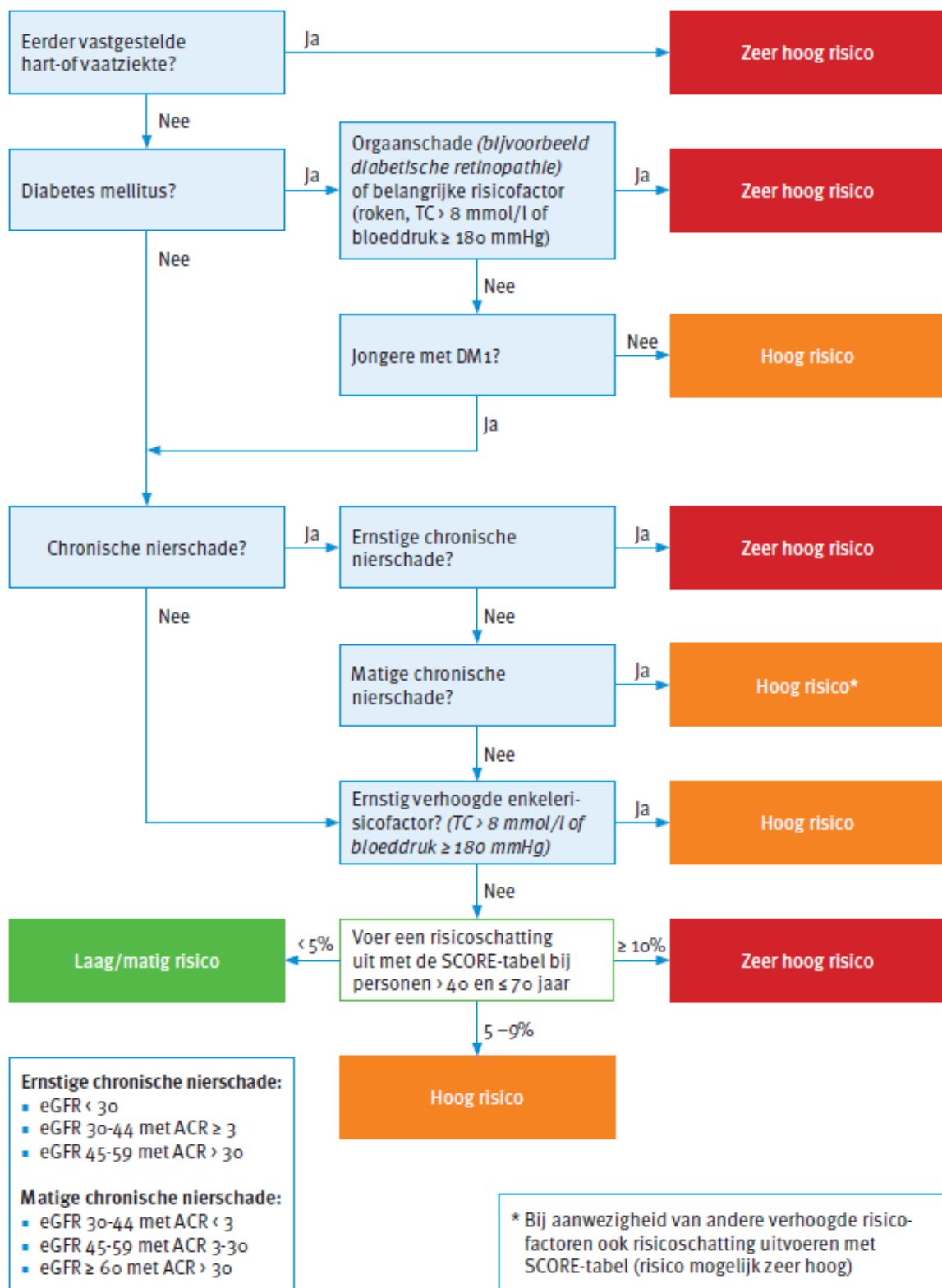
De NHG-risico schatting geeft een inschatting van het 10 jaars berekend-sterfterisico op hart- en vaatziekten waarbij drie risicocategorieën worden onderscheiden:

- risico < 5% **laag/matig risico** =geen inclusie CVRM keten
- risico 5% - 9% **hoog risico**
- risico \geq 10% **zeer hoog risico**

Opmerkingen:

De SCORE-tabel is alleen toepasbaar bij de inventarisatie van het risico. Zodra de patiënt is ingedeeld in een risicogroep en medicamenteus behandeld wordt dient deze tabel niet meer gebruikt te worden voor de risico-inventarisatie.

Figuur 1. Risicoschatting op sterfte aan hart- en vaatziekte



TC = totaal cholesterol; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol)

Let op: deze bloeddrukwaarde is gebaseerd op een spreekkamermeting. Zie tabel 2. voor andere meetmethoden + corresponderende waarden.

Bloeddrukmeting

Ga bij een verhoogde bloeddruk altijd na of er bloeddrukverhogende medicatie of middelen worden gebruikt, zie tabel 1.

Tabel 1. Bloeddruk verhogende medicatie en middelen

- zout
- NSAID's (incl. aspirine en selectie COX-2-remmers)
- sympathicomimetica (decongestiva, sibutramine, cocaine)
- orale anticonceptiva
- alcohol
- glycyrretinezuur bevattende producten (o.a. drop, zoethout en sommige kauwgums)
- erythropoetine
- cyclosporine
- stimulantia ((dex)methylfenidaat, (dextroof of met)amfetamine, modafinil)
- sommige kruiden (efedra, ma huang)

Gebruik voor de bloeddrukwaarde bij de risicoschatting meerdere spreekkamermetingen. Verricht bij een grenswaarde van de bloeddruk waarbij mogelijk een behandelindicatie is, altijd een 24-uursmeting.

1^{ste} keus: **24-uursmeting**

2^{de} keus: geprotocolleerde thuismeting

3^{de} keus: 30-minuten meting (alleen indien 1^{ste} of 2^{de} niet beschikbaar)

Tabel 2. Schatting corresponderende bloeddrukwaarden

Spreekkamermeting	140 mmHg	150 mmHg
24-uursmeting (daggemiddelde)	130 mmHg	140 mmHg
thuismeting, vlg protocol	135 mmHg	145 mmHg
30-minuten meting	135 mmHg	145 mmHg

Stap 3.

Beoordeel risicoverhogende factoren nl:

- familieanamnese, HVZ bij 1^{ste} graads familieleden:
mannen \leq 55 jaar en vrouwen \leq 65 jaar
- psychosociale factoren:
lage SES, stress, angst/depressie, persoonlijkheidskenmerken
- CAC score (indien bekend)

Ga bij bovenstaande factoren bij grenswaardes eerder over tot behandeling.

Diagnostiek Diabetes

[Bijlage 3. Stroomschema Diagnostiek Diabetes Mellitus](#)

Tabel 3. Referentiewaarden voor het stellen van de diagnose diabetes mellitus en gestoord nuchtere glucose (mmol/l) NHG-standaard

Diagnose		Veneus plasma
Normaal	Glucose nuchter én/of	< 6.1
	Glucose niet nuchter	< 7.8
Gestoorde nuchtere glucose	Glucose nuchter én/of	\geq 6.1 en < 7.0 én
	Glucose niet nuchter	< 7.8
Gestoorde glucosetolerantie	Glucose nuchter én/of	< 6.1 én
	Glucose niet nuchter	\geq 7.8 en < 11.1
Diabetes mellitus	Glucose nuchter én/of	\geq 7.0
	Glucose niet nuchter	\geq 11.1

Voorkeur gaat uit naar 2x een meting van de nuchtere glucose.

4. Behandeling

4.1. Voorlichting en niet medicamenteuze behandeling

Voorlichting

De voorlichting richt zich op:

- introductie en uitleg doel van het spreekuur;
- anamnese/ziektegeschiedenis;
- houding t.a.v. behandeling / persoonlijke beleving;
- medicatiegebruik;
- informatie en educatie over ziekte ;
- risicofactoren en uitleg streefwaarden (zie tabel 4.);
- niet-medicamenteuze behandeling = gezonde leefstijl d.m.v.:
 - stoppen met roken
 - verminderen stress
 - gezond eten
 - bewegen
 - een gezond gewicht
- griepvaccinatie;
- informatie over mogelijkheid gebruik persoonlijk Digitaal Logboek in Portavita*.

Bij CVRM specifiek:

- atherosclerose is een voortschrijdend proces in de tijd maar beïnvloedbaar;
- communiceren van de gevolgen van eventuele cardiovasculaire events;
- relatieve risico vermindering op het krijgen van een HVZ event d.m.v.:
 - stoppen met roken 50%
 - tensieverlaging met 10mmHg 30%
 - LDL daling met 1,0 mmol 25%
 - acetylsalicylzuur (sec. preventie) 25%.

Bij DM specifiek:

- informatie/educatie m.b.t. bloedsuiker beïnvloedende factoren;
- informatie/educatie over hypoglycemie en hyperglycemie;
- spuitplaatsen bij insulinegebruikers;
- zelfcontroles (indien wenselijk);
- dagcurven (indien wenselijk);
- belang voetonderzoek en voetverzorging ([Bijlage 4. Onderzoek diabetische voet](#) en [Bijlage 5. Stroomschema bepaling zorgprofiel diabetische voet](#)) en protocol*;
- belang funduscontrole ([Bijlage 6. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus](#)) en protocol*;
- belang voeding/behandeling diëtist ([Bijlage 7. Stroomschema Verwijzing Diëtist](#)) en protocol*;
- seksuele problemen, gevoelens van depressie of cognitieve stoornissen.

* *Bijbehorende protocollen zijn op te vragen bij de zorggroepen*

Beleid en streefwaardes

Bepaal het beleid op grond van de risicocategorie ([Bijlage 8. Risicocategorieen en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid](#)) in overleg met de patiënt.

Ga uit van de volgende algemene aanbevelingen, afhankelijk van de risicocategorie waartoe een individu behoort:

- **Zeer hoog risico**: altijd leefstijladvies, medicatie meestal aangewezen.
- **Hoog risico**: altijd leefstijladvies en medicatie obv streefwaardes en het te verwachten effect van leefstijlverandering.
- **Laag tot matig verhoogd risico**: leefstijladvies aanbevolen, medicatie is in deze risicocategorie niet aangewezen. Deze groep valt niet onder de ketenzorg.

Tabel 4. Overzicht leefstijladviezen

Risicofactor	Streefwaarde/ gezonde leefstijl
Roken	Niet roken
Alcohol	Geen alcoholgebruik: geen onderscheid tussen mannen en vrouwen
Voeding	<p>Meerdere voedingspatronen zoals een mediterraan voedingspatroon en laag koolhydraat voedingspatroon zijn effectief op glucosewaarden en cardiovasculaire risicofactoren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beperk het gebruik van suikerrijke producten en suikerhoudende dranken (ook vruchtensap). • Kies voor vezelrijke producten zoals aardappelen, volkorenbrood, vezelrijke ontbijtgranen, zilvervliesrijst, volkorenpasta of peulvruchten. • Ruim groente (250 gram). • Fruit: 2 stuks per dag, let op beperk vruchtensappen. • Noten: 15 gram per dag. • Zuivel zonder toegevoegde suikers en geen onderscheid tussen magere, halfvolle of volle zuivel*. • Vlees(waren), vis, ei en vleesvervangers: <ul style="list-style-type: none"> ○ bij voorkeur maximaal 5x per week vlees (500 gram) ○ 1x per week vis, bij voorkeur vette vis ○ 1x per week vleesvervanger ○ peulvruchten: 1x per week • Voldoende drinken: 1,5-2 liter (inclusief melk). • Thee: bij voorkeur 3 koppen groene of zwarte thee per dag. • Koffie: gefilterde koffie. • Beperk het gebruik van verzadigd vet, voorkeur vloeibaar vet/plantaardige olien (met uitzondering van zuivel). • Zout tot maximaal 6 gr./dag. • Supplementen niet nodig, enkel bij suppletieadvies**.
Lichamelijke activiteit	<p>De Nederlandse beweegrichtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimaal 150 minuten/week matig intensieve inspanning. • Minimaal 2x/week spier- en botversterkende activiteiten. • Verminder/voorkom > 8 uur per dag stilzitten.
Gewicht	<p>BMI \leq 25 bij leeftijd < 70 jaar (maar > 20 kg/m²) BMI \leq 28 bij leeftijd \geq 70 jaar (maar > 22 kg/m²)</p>
Stress	<p>Trachten te voorkomen, niet te normeren Overweeg verwijzing POH-GGZ</p>

* Met inachtneming calorieën

**Het gebruik van voedingsstofsupplementen is niet nodig bij gezonde voeding, behalve voor mensen die tot een specifieke groep behoren waarvoor een suppletieadvies geldt. Raad het gebruik van supplementen met rode gist rijst en visoliesupplementen met het doel het LDL-cholesterol te verlagen niet aan.

Welke adviezen uit deze lijst gegeven dienen te worden, is afhankelijk van:

- het risicoprofiel van patiënt;
 - de uitkomst van de risicoschatting van de patiënt;
 - de zelfmanagement cyclus van de 5 A's en de fase waarin de patiënt daarin verkeert. Informatie moet leiden tot inzicht. Dat is weer een voorwaarde voor motivatie tot het maken van keuzen door de patiënt die vervolgens bij de uitvoering daarvan ondersteund wordt.
- Zie ook de [NHG-Zorgmodules Leefstijl](#).

Tabel 5. Streefwaarden bloeddruk en cholesterol bij Hoog/Zeer hoog risico

Bloeddruk	Streefwaarde
≤ 70 jaar:	SBD < 140 mmHg (< 130 mmHg bij goed verdragen medicatie)
> 70 jaar: niet kwetsbaar kwetsbaar	SBD < 150 mmHg (< 140 mmHg bij goed verdragen medicatie) Medicatie niet stoppen.
	SBD < 150 mmHg (voorzichtig titreren) en DBD ≥ 70 mmHg ongeacht de dan aanwezige systolische waarde. Bij bijwerkingen eventueel medicatie stoppen.

[Zie ook Bijlage 8.](#) Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid

Cholesterol	Streefwaarde
≤ 70 jaar: zonder HVZ met HVZ	LDL < 2,6 mmol mits voldoende levensverwachting
	LDL ≤ 1,8 mmol mits voldoende levensverwachting
> 70 jaar: niet kwetsbaar kwetsbaar met HVZ	LDL < 2,6 mmol mits voldoende levensverwachting
	LDL < 2,6 mmol mits voldoende levensverwachting
kwetsbaar, overig*	Geen medicatie starten of stop lipideverlagende medicatie

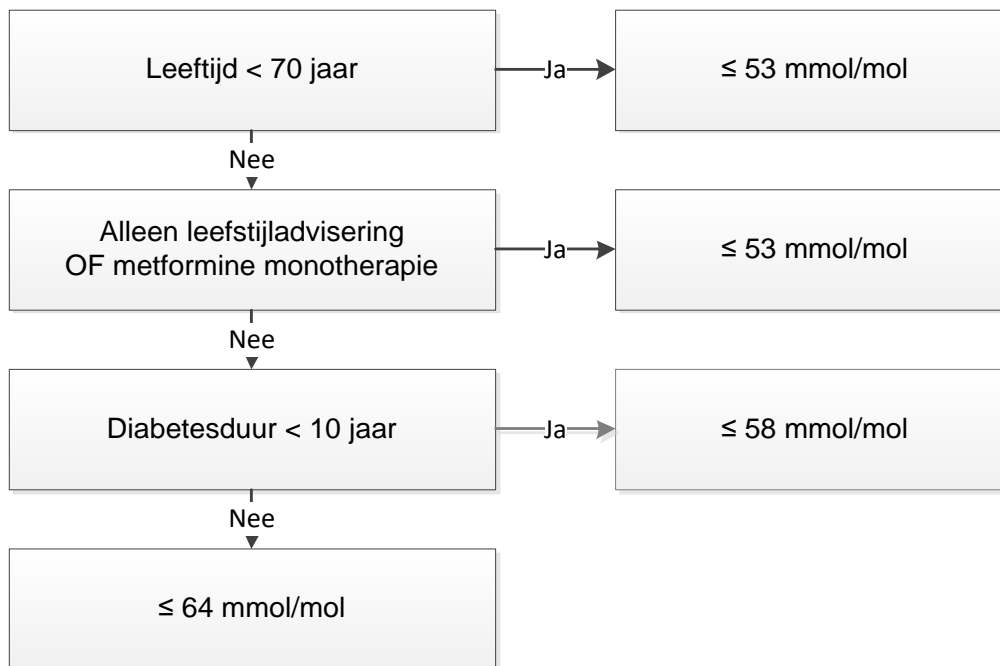
* Overig = DM, CNS, verhoogde enkele risicofactor en SCORE ≥ 5%:

Tabel 6. DM specifiek: Streefwaarden glycemische parameters

	Veneus plasma
Nuchtere glucose	4,5 - 8 mmol/l
Glucose 2 uur postprandiaal	< 9 mmol/l
HbA1c (%)	Streefwaarde afhankelijk van leeftijd, behandeling en duur van diabetes (zie algortime bepalen HbA1c streefwaarde)

Bij (kwetsbare) ouderen is de HbA1c-streefwaarde in het algemeen hoger (zie volgende blz.).

Algoritme voor het bepalen van de HbA1c-streefwaarde:



Kwetsbare ouderen

Een hogere streefwaarde geldt voor kwetsbare ouderen en mensen met een korte levensverwachting (arbitrair: korter dan 5 jaar). Er is bij deze patiënten geen bewijs dat een laag HbA1c zinvol is. Het behandeldoel is vooral het voorkomen van symptomatische hypo of hyperglykemie. Glucosewaarden van 6-15 mmol/l en HbA1c -waarden van 53-75 mmol/mol zijn bij deze patiënten acceptabel.

Leefstijl adviezen

Gezonde voeding d.m.v. een voedingsadvies/verwijzing diëtietiek

[Bijlage 7. Stroomschema verwijzing diëtist](#)

Gezonde voeding draagt bij aan de gezondheid en het welzijn van de patiënt met DM of (risico op) HVZ.

Het doel van het voedingsadvies is:

- bijdrage leveren aan het verbeteren van de streefwaardes;
- kennis en begrip vergroten bij de patiënt m.b.t. de rol van voeding bij de ziekte;
- motiveren van de patiënt om zijn leefstijl en voeding aan te passen;
- opstellen en evalueren van persoonlijk dieetadvies/zorgprofiel in de individuele situatie van patiënt.

Zie ook de [Artsenwijzer Diëtietiek](#), deze bevat informatie over indicaties en doelstellingen van dieetbehandeling en hierin staat op welk moment welke voedingszorg geschikt is. Hierin is zowel inhoudelijke informatie als informatie over de zorgmodule voeding opgenomen. De Artsenwijzer is primair bedoeld voor medisch specialisten, huisartsen, praktijkondersteuners, verpleegkundig specialisten.

Stoppen met roken

[Bijlage 9. Stoppen met roken](#)

In de huisartsenpraktijk is belangrijke gezondheidswinst te behalen door rokers aan te sporen te stoppen met (mee)roken.

De Stoppen Met Roken-module omvat gedragsmatige ondersteuning, motivational interviewing en wordt indien nodig aangevuld met farmacotherapeutische ondersteuning.

Voor een gesprek met iemand die niet gemotiveerd is tot stoppen met roken, zijn de '5 R's' (Engelstalig) geformuleerd zoals te vinden op de website van het Trimbos instituut: <https://www.rokeninfo.nl/professionals/stoppen-met-roken1/begeleiding1/motiverende-gespreksvoering>

Zie ook:

- de [NHG Behandelrichtlijn Stoppen met roken](#);
- de [Keuzetabel bij het Stoppen met roken](#): Bedoeld voor de huisarts/praktijkondersteuner om samen met de patient te bespreken welke methode om te stoppen met roken het beste bij hem of haar past.

Beweging

Bijlage 10. Zorgprofielen bewegen

Het wijzen op normale dagelijkse lichamelijke activiteit is van groot belang (traplopen, fietsen, wandelen, stabiliteitsoefeningen, meer staan in plaats van zitten etc.).

De POH zal in elk (controle-)contact aandacht hieraan besteden. Zoveel mogelijk worden mensen gestimuleerd deel te nemen aan sportieve activiteiten. Hierbij wordt ernaar gestreefd om hen door te verwijzen naar reguliere sportvoorzieningen. In voorkomende gevallen wordt iemand verwezen naar een beweegprogramma.

Let op: Dit onderdeel valt niet binnen de ketenzorgvergoeding. De vergoeding van de kosten van de fysiotherapeut is afhankelijk van de polisvoorwaarden van de patiënt.

4.2. Medicamenteuze behandeling

Op basis van de risicocategorie en bijbehorende streefwaarden kan medicamenteuze behandeling worden gestart (indien verandering in leefstijl alleen niet voldoende effect op streefwaarden heeft gehad). Deze medicamenteuze behandeling richt zich op:

- 4.2.1. cholesterol
- 4.2.2. bloeddruk
- 4.2.3. anti-stolling
- 4.2.4. DM

4.2.1. Cholesterol

Maak een keuze op basis van de gewenste procentuele daling van het LDL-cholesterol. Zie tabel 7. en [Bijlage 12. Gemiddelde dosis/respon LDL-c verlaging per statine.](#)

Tabel 7. Berekening van de LDL-daling en therapieschema cholesterolbehandeling

Streefwaarde LDL-cholesterol	Onbehandelde LDL-cholesterol (mmol/L)	
< 1,8 mmol/L (HVZ ≤ 70 jr)	1,8-2,8	≥ 2,9
< 2,6 mmol/L (overige patienten)	2,6-4,1	≥ 4,2
	Vereiste LDL-daling	
	< 40%	≥ 40 %
<i>Indien streefwaarde niet bereikt is, zie volgende stap.</i>	↓	↓
	Medicatie	
Stap 1. Statine	atorvastatine 1dd 10 mg rosuvastatine 1dd 5 mg simvastatine 1 dd 10-40 mg	atorvastatine 1dd 20 mg rosuvastatine 1dd 10 mg
Stap 2. Intensiever lipidenverlagende therapie	Verhoog dosering in stappen tot maximale dosering (atorvastatine 1dd 80 mg, rosvastatine 1 dd 40 mg). Bij onvoldoende effect: vervang simvstatine 40 mg door atorvastatine 10-20 mg of rosuvastatine 5-10 mg	
Stap 3. Toevoegen ezetimib	HVZ ≤ 70 jr: voeg ezetimib 1dd 10 mg toe HVZ > 70 jr: overweeg toevoeging 10 mg ezetimib bij niet-kwetsbaar. Bij kwetsbare 70+ niet toevoegen.	

Opmerkingen:

Ezetimibe geeft een relatieve risicoreductie van HVZ van 6% maar geen daling van de sterfte aan HVZ.

Stap 4. Toevoegen PCSK9-remmer op stricte indicatie bij recidieven HVZ of DM met HVZ in 2^{de} lijn.

Spierpijn bij statines

Staak of verlaag (tijdelijk) de statine en evalueer klachten na drie weken.

Indien klachten voorbij zijn:

- Bij verlaagde dosering: houd verlaagde dosering aan.
- Bij gestaakte statine: switch naar andere statine.

Liever een lage dosering statine dan geen statine. Eventueel 3x p/w de laagst mogelijke dosering, zo nodig toevoeging ezetimibe indien er sprake is van secundaire preventie.

Nutraceuticals/ supplementen worden niet aangeraden.

Tabel 8. Aandachtspunten bij verhoogd LDL

Sluit LDL-verhogende aandoeningen uit	<ul style="list-style-type: none">• Hypothyreoïdie, DM, FH,• Alcohol abusius• Syndroom van Cushing• Leverfunctie stoornissen• Corticosteroid of SSRI gebruik
Evalueer therapietrouw	<ul style="list-style-type: none">• Is statine gestaakt eigen initiatief patiënt?• Is tijdstip inname correct? (volgens Farmaceutisch Kompas)
Evalueer en intensiveer leefstijl	<ul style="list-style-type: none">• Obesitas• Lichamelijke activiteit (ophogen)• Excessief alcohol gebruik (minderen)• Inname dierlijke vetten (minderen)• Vezelrijk eten (ophogen)

4.2.2. Bloeddruk Hypertensie behandeling

Stap 1. Start met 1 middel uit een van de volgende groepen antihypertensiva (let op indicaties genoemd in tabel 9, en zie voor dosering [Bijlage 11. Formularium](#)):

- Ace-remmer
- ARB
- Calciumantagonist
- Thiazidediureticum
- β -blokker

Groepen zijn gelijkwaardig aan elkaar; elk heeft een even groot bloeddrukverlagend effect, maar β -blokkers zijn minder effectief dan de andere middelen. Combinatietherapie overwegen bij sterk verhoogde bloeddruk.

Stap 2. Indien streefwaarde niet bereikt is:
Combineer 2 en indien nodig 3 van bovengenoemde middelen uit stap 1.

Vaak zijn de volgende combinaties gunstig:

- Ace-remmer met calciumantagonist
- ARB met calciumantagonist

Niet aanbevolen combinatie:

- Ace-remmer met ARB
- β -blokker met diureticum

Stap 3. Indien streefwaarde niet bereikt is:
Verhoog de doseringen van reeds gegeven medicatie.
Bij dosisverhoging van ACE-remmer/ARB/Thiazidediureticum:
na 2 weken controle middels lab op eGFR, Natrium, Kalium.

Stap 4. Indien streefwaarde niet bereikt is na 3 maanden, voeg spironolacton toe of verwijs naar de internist.

Let altijd bij het niet bereiken van de streefwaarde op leefstijl, therapietrouw en de mogelijkheid van secundaire hypertensie.

Tabel 9. Voorkeursgeneesmiddelen op basis van patientkenmerken

Patient kenmerk	Voorkeursgeneesmiddel
Albuminurie (ARC >3 mg/mmol)	ACE-remmer, ARB
Eerder myocardinfarct	ACE-remmer, ARB, β -blokker (1 ^e jaar)
Angina pectoris	β -blokkers, calciumantagonist
Hartfalen	ACE-remmer, ARB, β -blokker, diuretica, mineralcorticoidereceptorantagonist
Atriumfibrilleren	β -blokker, non-dihydropyridine-calciumantagonist, ACE-remmer, ARB, mineralcorticoidereceptorantagonist
PAV	ACE-remmer
Diabetes mellitus	ACE-remmer, ARB β -blokker
Zwangerschap	Methyldopa, β -blokkers, calciumantagonist
Personen van West- of Zuid-Afrikaanse afkomst	Diuretica en calciumantagonisten
70+	Vermijd β -blokker/alphablokker

Adviezen na start RAS-remmers (ACE/ARB)/diuretica: na 2 weken controle lab = eGFR, Na en K

Daling van nierfunctie bij aanvang van therapie RAS-remmer tot 20% acceptabel.

- Bij eGFR 15-30 ml/min/1,73 m²: dosis halveren en controle lab na 2 weken.
- Bij eGFR < 15 ml/min/1,73 m²: middel staken en controle lab na 2 weken.
- Bij aanhouden eGFR < 30 overleg nefroloog

Niet combineren met NSAID's.

Dosisaanpassing bij:

- dreigende dehydratie (tijdelijk)
- electrolytstoornissen

Voor het formularium met een voorkeurslijst voor medicatie zie [Bijlage 11. Formulierum](#).

4.2.3. Anti-stolling

Alle mensen met HVZ krijgen een trombocyten aggregatie-remmer.

Acetylsalicylzuur 1 dd. 80 mg

- Uitzondering is TIA/CVA: dan alleen clopidogrel 1 dd. 75mg. Indien niet verdragen: dan acetylsalicylzuur 80 1 dd mg., met dipyridamol (mga) in 1^e week 1 dd. 200 mg. Nadien: 2 dd 200 mg continueren.
- Bij status na stentplaatsing wordt voor de duur van 1 jaar een tweede plaatjesremmer toegevoegd door de cardioloog.
- Bij atriumfibrilleren (AF), kunstklep, vaatprothese, structurele hartafwijking is een cumarinederivaat (VKA) geïndiceerd. Bij status na cardiovasculair event (voorheen sec preventie) is altijd ascal reeds geïndiceerd: het is afhankelijk per indicatie of de ascal gestaakt kan worden indien de coumarinederivaat gestart is.

Overige medicatie

Afhankelijk van welke HVZ de patiënt heeft, is er specifieke medicatie geïndiceerd (zie tabel 10.). Check bij elke controle of patiënt daadwerkelijk de bijpassende nodige medicatie chronisch gebruikt.

Tabel 10. Minimale medicatie bij specifieke aandoening (HVZ en/of AF)

	Acetyl salicyl zuur	Clopidogrel	Statine	Bèta blokker	ACE/ARB/ Diureticum/ Calciumantagonist	DOAC of VKA
Myocardinfarct	✓		✓	✓	✓ ACE/ARB tenminste ½ jaar post infarct	
Myocardinfarct + coronair chirurgie of PCI	✓	✓ meestal tijdelijk: ½ jaar-1 jaar na stent plaatsing	✓	✓		
Angina Pectoris	✓		✓	✓		
Claudicatio/ PAV *	✓ 2 ^{de} keuze	✓ 1 ^{ste} keuze*	✓	Vermijden	Een anti-hypertensivum	
CVA/ TIA		✓ **	✓		Een anti-hypertensivum	
Hartfalen	✓		✓	✓	✓ ACE/ARB ✓ Diureticum meestal. Calciumantagonist bij voorkeur niet toepassen	
AF met cha2ds2vasc ≥ 2						✓

* bij PAV wordt sinds 2017 door vaatchirurgen bij voorkeur clopidogrel gegeven. Dus; 1^e keus clopidogrel, 2^e keus ascal. Na stent / bypass: volg ontstolling volgens voorschrift vaatchirurg, soms namelijk VKA.

**= indien clopidogrel niet verdragen wordt: acetylsalicylzuur 80 mg 1 dd, en dipyridamol 200mg 2 dd

VKA = vitamine K antagonist

DOAC = direct werkende orale anticoagulantia

Keuze op basis van NHG standaard atriumfibrilleren 2017, zie ook het addendum AF zorgprogramma, op te vragen bij de zorggroep.

4.2.4 DM-medicatie

[Bijlage 13. Instellen orale medicatie DM2 door huisarts + werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2-remmers](#)

In dit stroomschema staan de verschillende stappen beschreven voor het instellen op orale medicatie.

Metformine, sulfonyleureumderivaten (bij voorkeur gliclazide) en insuline zijn de belangrijkste middelen bij de behandeling van type-2-diabetes. Schrijf de overige bloedglucoseverlagende middelen alleen op indicatie voor.

Insuline

[Bijlage 14a. Stroomschema instellen + controle insuline](#)

[Bijlage 14b. 2x en 4x daags insuline regime](#)

Bij diabetespatiënten is behandeling met insuline geïndiceerd als met educatie, dieet en maximaal haalbare of maximaal toegestane dosis van twee verschillende soorten orale bloedglucose verlagende middelen de individuele streefwaarden voor glycemische instelling niet worden gehaald.

Indien bij diagnose bij herhaling een nuchtere glucose van > 20 mmol/l en ernstige hyperglycemische symptomen kan meteen behandeling met insuline geïndiceerd zijn.

Individueel kan op grond van patiëntkenmerken en op grond van de goede argumenten ook triple therapie worden gegeven.

GLP-1 receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2 remmers

[Bijlage 13. Instellen orale medicatie DM2 door huisarts + werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2-remmers](#)

GLP-1 receptoragonisten en DPP-4-remmers stimuleren de afgifte van insuline en remmen de productie van glucagon. Dit gebeurt afhankelijk van de bloedglucosewaarde. Hierdoor ontstaan door deze middelen vrijwel geen hypoglycemieën. Daarnaast wordt de maagontlediging geremd en zorgen deze middelen voor een sneller optreden van een gevoel van verzadiging.

GLP-1 receptoragonisten en DPP-4 remmers geven beide een afname in HbA1C, het effect van GLP-1 receptoragonisten is sterker dan dat van DPP-4 remmers. Daarnaast geven GLP-1 receptoragonisten meestal een gewichtsafname. We zien geen verbetering of verslechtering op cardiovasculaire outcomes.

Ten aanzien van de SGLT-2 remmers zien we dat empagliflozine een sterk positief effect heeft op cardiovasculaire outcomes. Het is nog onduidelijk of dit ook voor andere SGLT-2 remmers geldt. De veiligheid van SGLT-2 remmers op de lange termijn is onvoldoende duidelijk.

Concluderend: Er is standaard nog geen plaats voor deze middelen, maar bij geselecteerde patientengroepen, , kunnen GLP-1 receptoragonisten, DPP4-remmers en SGLT-2 remmers ingezet worden.

Zie ook de 'Keuzetabel DM medicatie' (van Thuisarts) waarmee de huisarts/praktijkondersteuner samen met de patiënt de verschillende opties kan bespreken.

4.3. Individueel ZorgPlan

[Bijlage 15. Stroomschema consult POH vaststellen IZP](#)

[Bijlage 16. Stroomschema consult huisarts bespreking IZP](#)

Met een individueel zorgplan werken zorgverlener en patiënt gezamenlijk aan de gezondheid van de patiënt. Door samen behandeldoelen en acties te formuleren en vast te leggen in afspraken, neemt de patiënt zelf (mede)verantwoordelijkheid voor het zorgproces. De patiënt voert zelf meer de regie over zijn gezondheid. Daarmee past een zorgplan goed in een breder traject van zelfmanagement.

De POH en de patiënt stellen nu gezamenlijk het IZP (SMART) op:

- Op basis van de informatie die de POH en HA in de eerste consulten hebben gegeven.
- Op basis van de afwegingen van POH-HA, bij DM afhankelijk van medicatie (leefstijl, oraal, insuline) en bij vasculair eventvaststellen afhankelijk van de vasculaire aandoening (statines, antihypertensiva). Hierin meer mededeling en toelichting noodzaak behandeling.
- Op basis van de afwegingen die patiënt zelf heeft gemaakt na het consult waarin hij is geïnformeerd over zijn risicoprofiel en/of preventie.

Het IZP wordt vastgelegd in Portavita.

4.4. Controle en follow up

[Bijlage 17. Stroomschema consult POH tussentijdse controle](#)

[Bijlage 18. Stroomschema jaarcontrole POH](#)

[Bijlage 19. Stroomschema jaarcontrole huisarts](#)

[Bijlage 14a. Stroomschema instellen + controle op insuline](#)

In anamnese:

- Informeer bij elk contact naar therapietrouw, welbevinden en klachten.
- Evalueer het IZP.
- Ga jaarlijks de familiale belasting na.
- Aandacht voor:
 - hypoglycemieën
 - lichaamsbeweging
 - roken
 - voeding
 - alcohol
 - gewicht
 - voetproblemen (ulcera)
 - stress
- Inventariseer eventuele nieuwe klachten of manifestaties van vaatlijden in de afgelopen periode, dan wel cardiovasculaire events. Ga deze bewust na:
 - Angina pectoris/ -palpaties
 - TIA
 - PAV
 - Decompensatio cordis
- Inventariseer of er sprake is van nieuwe (co-)morbiditeit op ander vlak dan hartvaatziekten.
- Controleer cardiovasculaire events van de patiënt en ga tekenen, klachten of manifestaties van vaatlijden (AP, TIA, PAV) na of decompensatio cordis.
- Controleer bij insulinegebruik: tekenen van hypoglycemieën daarbij ook aandacht voor nachtelijke hypoglycemieën zich uitend in een 'katergevoel' in de ochtend.

Controlebeleid:

- Individueel kan (afhankelijk van het risicoprofiel, comorbiditeit en persoonlijke wensen van de patiënt) besloten worden tot frequentere controle met minimaal 1x/jaar de jaarcontrole.
- Bij verslechtering van de nierfunctie, volg de [NHG standaard Chronische Nierschade](#), zie [bijlage 21. Samenvatting NHG chronische nierschade](#).
- Bij insuline:
Bij patiënten die worden behandeld met een voedingsadvies of tabletten (=medicatie), al of niet in combinatie met eenmaal daags insuline, wordt ook de nuchtere bloedglucosewaarde bepaald. Wanneer bepaling van de nuchtere glucose lastig is in te passen in de controles van een individuele patiënt, kan ervoor gekozen worden de postprandiale waarde, bijvoorbeeld 2 uur na de lunch, als parameter voor de behandeling te nemen. Dit beleid moet dan bij de betreffende patiënt wel worden gecontinueerd.
- Bij patiënten die twee- tot viermaal daags met insuline worden behandeld, is in plaats van de nuchtere waarde de 4/7-punts glucose dag curve maatgevend voor eventuele aanpassing van de insulinedosering; daarnaast wordt iedere drie maanden het HbA1c bepaald.
- Bij een doorgemaakt ulcus, standsafwijkingen van de voet of ernstige neuropathie is minstens driemaandelijks controle van de voet door podotherapeut geïndiceerd in verband met het hoge risico op een (nieuw) ulcus.

Bij follow-up

Risicoschatting: herhaal deze elke 5 jaar of vaker indien het geschatte risico dichtbij een behandelgrens ligt.

Bloeddruk: controleer deze 1-2 keer per jaar bij bereikte streefwaarde.

Aanvullend lab:

Bij gebruik ACE-remmer, ARB, diureticum:

- Jaarlijks: creatinine, eGFR, Na en K.
- Vaker: bij eGFR < 30, instabiel hartfalen, kwetsbare ouderen of in verleden nierfunctie- of natrium of kalium afwijkingen.

Bij start of wijziging cholesterolverlager:

- Na 3 maanden: LDL-cholesterol tot streefwaarde bereikt is. Daarna is controle niet meer nodig.

Bij iedereen onder behandeling voor CVRM:

- 3 jaarlijks glucose en ACR in urine.

Bij DM/chronische nierschade:

- Jaarlijk glucose en ACR.
- Jaarlijks HbA1C bij DM en bij insulinegebruik HbA1c elke 3 maanden.

Bij iedereen onder behandeling CVRM/DM ook:

- Jaarlijk glucose en ACR, bij DM ook HbA1c.

Belang van betrokkenheid huisarts bij de jaarcontrole

De huisarts is altijd gezamenlijk met de praktijkondersteuner verantwoordelijk voor adequate CVRM/DM-zorg.

Hiervoor is frequente supervisie en bespreking van de controles door de POH met de huisarts noodzakelijk.

De complexe patiënt wordt jaarlijks door de huisarts gezien, maar bij de stabiele patiënt (die t.a.v. leefstijl optimaal functioneert, klachtenvrij is en de streefwaarden behaalde) kan de huisarts volstaan met het fiatteren en/of nabespreken van de jaarcontrole POH zonder schakelconsult.

Daar waar ontregeling optreedt (klachten cardiovasculair of anderszins; afwijkend lichamelijk onderzoek t.o.v. eerder, afwijkende lab waarden, zoals daling nierfunctie, stijging LDL, bijkomende risicofactoren) wordt altijd de huisarts geïnformeerd en geconsulteerd, om behandeling aan te passen of een huisartsconsult in te plannen.

Controle door de huisarts is van belang omdat:

- Men toont dat de behandeling van CVRM/DM gezamenlijk door huisarts en praktijkondersteuner wordt uitgevoerd.
- De huisarts de patiënt beoordeelt in zijn totale context: psychosociaal, leefomgeving en comorbiditeit.

4.5. Patiënten zonder geregelde zorg

De basis waarop een huisarts werkt is het vertrouwen van patiënten in de door hem/haar geboden zorg. Daarnaast moet de huisarts ook kunnen vertrouwen op de patiënt, inzake het nakomen van afspraken om goede zorg te kunnen leveren.

Dit geldt voor alle patiënten en elke behandelrelatie tussen arts en patiënt. Maar in het bijzonder die rondom de chronische zorgprogramma's. Hier is het bieden van programmatische gestructureerde zorg alleen mogelijk als alle partijen zich hieraan committeren.

Daarom is het van belang dat patiënten worden geïnformeerd over wederzijdse verwachtingen en afspraken. Er zijn ook patiënten die niet willen deelnemen aan het zorgprogramma.

Bij de zorggroepen zijn de werkafspraken op te vragen (brief 'no show' volgens InEen) over het omgaan met deze groep patiënten. Belangrijk daarbij is dat patiënten met ongeregelde zorg bekend zijn en er gestructureerde acties plaats vinden om deze groep in zorg te houden.

Bij managementrapportages over de geleverde zorg aan chronische patiënten kan onderscheid gemaakt worden tussen de patiënten die deelnemen aan de gestructureerde ketenzorg en de patiënten die dat niet doen.

5. Deelnemende disciplines en taakverdeling

5.1. De centrale zorgverlener

In de zorgstandaard wordt het begrip centrale zorgverlener geïntroduceerd. Dat is één van de betrokken hulpverleners die door de patiënt gekozen wordt als degene die voor hem het eerste aanspreekpunt is en via wie desgewenst tevens de communicatie met de overige hulpverleners verloopt. Het is van belang dat voor elke patiënt wordt vastgelegd wie dat is en dat alle betrokken hulpverleners weten wie dat is. In Portavita kan de casemanager worden genoteerd. De centrale zorgverlener dient over alle relevante informatie m.b.t. de patiënt te beschikken.

In de meeste gevallen zal naar verwachting de praktijkondersteuner deze taak op zich nemen, mits de patiënt daar ook verzocht heeft dan wel bevestigd heeft het met deze keuze eens te zijn. Het bespreken en vastleggen van het IZP lijkt het goede moment te zijn om afspraken hierover te maken.

5.2. Huisarts

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de eerstelijns CVRM- en DMzorg. De taken van de huisarts gaan over diagnostiek, behandeling en verwijzing en zijn in de verschillende bijlagen weergegeven. Daarnaast heeft de huisarts regulier overleg met de POH over de patiënten die bij hem/haar onder controle zijn. Bij onbegrepen en complexe problematiek kan een medisch specialist worden geconsulteerd dan wel naar een medisch specialist worden verwezen, zie [hoofdstuk 6](#).

5.3. Praktijkondersteuner

Binnen de CVRM- en DM-zorg neemt de praktijkondersteuner een belangrijke rol in. Hij/zij houdt zelfstandig spreekuur in de huisartsenpraktijk, waarbij de huisarts medisch eindverantwoordelijk blijft voor de geleverde zorg. De POH verzorgt de reguliere controles. Naast het afnemen van anamnese en uitvoeren van lichamelijk onderzoek stimuleert hij/zij het zelfmanagement van de patiënt. In dat kader wordt aandacht besteed aan educatie waarbij leefstijladviesing zoals stoppen met roken, gezonde voeding en bewegen in het consult aan de orde komt. Naast kennis op CVRM- en DM-gebied, dient de praktijkondersteuner ook op de hoogte te zijn van vaak optredende co- of multimorbiditeit. Bij problemen overlegt de POH met de huisarts en met de medisch specialist, echter, alleen met instemming van de huisarts. De POH coördineert als centrale zorgverlener de zorg en is op de hoogte welke disciplines en instanties bij de zorg betrokken zijn.

5.4. Praktijkassistent

De praktijkassistent heeft een ondersteunende rol ten aanzien van de spreekuren van de praktijkondersteuner en huisarts. Hij/zij heeft onder meer taken bij de administratie van de recepten, plannen van de afspraken en het oproepen van patiënten. Daarnaast regelt de assistent veelal de aanvraag van laboratorium en/of urineonderzoek ter voorbereiding van een controle bij de POH of de huisarts.

5.5. Diëtist

De diëtist voert bij verwijzing taken uit die voortvloeien uit de "[Zorgmodule Voeding](#)" (december 2012). Het geeft inzicht in welke niveaus van voedingszorg er zijn en wat nodig is voor adequate voedingszorg geleverd door zorgverleners met de juiste competenties.

De module gaat uit van verschillende niveaus van zorg, stepped and matched care en onderscheidt 4 zorgprofielen:

1. Zelfmanagement
2. Algemeen voedingsadvies
3. Individuele dieetbehandeling

4. Gespecialiseerde diëtbehandeling

De diëtist zorgt via Portavita voor een goede en tijdige rapportage aan de verwijzer.

5.6. Podotherapeut en pedicure

Podotherapeut en pedicure voeren bij verwijzing taken uit die voortvloeien uit de "[Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera](#)" (2019). Deze zorgmodule beschrijft de beoordeling van het risico op het ontstaan van een ulcus middels het vaststellen van een Simm's classificatie en een zorgprofiel. De podotherapeut en pedicure zorgen via Portavita voor een goede en tijdige rapportage aan de verwijzer.

5.7. Fysiotherapeut

De fysiotherapeut voert bij verwijzing taken uit die voortvloeien uit de "[Zorgmodule Bewegen](#)" (november 2015) waarin de generieke beweegzorg voor mensen met (een hoog risico op) een chronische aandoening wordt beschreven.

In deze Zorgmodule Bewegen zijn de vormen van beweegzorg ondergebracht in vijf zorgprofielen, volgens het stepped care-principe. Zorgprofiel 1 is het lichtste profiel en bestaat uit zelfstandig bewegen in de eigen omgeving. Zorgprofiel 5 is het zwaarste profiel en bestaat uit individuele begeleiding bij bewegen.

De fysiotherapeut zorgt via Portavita voor een goede en tijdige rapportage aan de verwijzer.

5.8. Apotheker

De apotheker draagt zorg voor ondersteuning van patiëntselecties op ATC-code, de uitvoering en bewaking van afspraken m.b.t. farmacotherapie die in het kader van het zorgprogramma zijn gemaakt, de afstemming met publieksacties op beleid dat volgt uit dit zorgprogramma en met de andere betrokken zorgverleners en de synchronisatie van chronische medicatie.

5.9. De medisch specialist

Medisch specialisten uit verschillende disciplines zijn bij de cardiovasculaire en diabetes zorg betrokken, t.w. de internisten, cardiologen, chirurgen, neurologen, revalidatieartsen, oogartsen.

De medisch specialist is als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de tweedelijnszorg van diabetespatiënten die zijn overgedragen voor verdere behandeling, of bij een acuut event (hart- en vaatziekten) in het ziekenhuis worden opgenomen dan wel poliklinisch worden gediagnosticeerd. Zie [hoofdstuk 6](#) voor verwijs- en terugverwijscriteria. Zodra een stabiele fase is opgetreden wordt de patiënt zo snel mogelijk weer terugverwezen naar de huisarts voor de verdere begeleiding en controles zoals beschreven in dit zorgprogramma.

De medisch specialist is verder beschikbaar voor overleg c.q. consultatie over problemen bij patiënten waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is. Zie [hoofdstuk 6](#) voor de aanvraag voor een e-consultatie bij een medisch specialist.

Bij nieuwe complicaties vindt wederom verwijzing van eerste lijn naar tweede lijn plaats. Het is steeds van belang duidelijk vast te stellen wie de hoofdbehandelaar is en dat wederzijds en aan de patiënt te laten weten. Dit wordt vastgelegd in Portavita en in het Huisartsinformatie Systeem (HIS). Bij wisseling van het hoofdbehandelaarschap wordt een DBC gesloten resp. geopend. Bij terugverwijzing naar de eerste lijn wordt dit expliciet vermeld in de specialistenbrief waarin tevens expliciet een advies aan de huisarts wordt gegeven m.b.t. de continuering van de medicamenteuze behandeling en streefwaarden. De specialist heeft de terugverwijzing met de patiënt besproken.

5.10. Fysiotherapeut en revalidatie team in het ziekenhuis

De tweedelijns fysiotherapeut maakt deel uit van het fysiotherapienetwerk waarbinnen de deelnemers volgens dezelfde principes te werk gaan. Eventueel kan verwezen worden naar een revalidatiearts. Meestal betreft dit voet en/of amputatiepatiënten.

6. Verwijsafspraken huisartsen specialisten

6.1 Intercollegiale e-consultatie kaderarts

Voor intercollegiale consultatie kan er middels een e-consultatie in Portavita worden overlegd. Zowel de kaderarts DM als CVRM is op deze wijze te consulteren. Eveneens kunnen vragen van algemene aard (niet specifiek patiëntgebonden) met betrekking tot DM en/of CVRM per e-mail aan de betreffende kaderhuisarts worden gesteld.

6.2 E-consultatie medisch specialist

[Bijlage 20. Werkwijze aanvragen e-consult medisch specialist Portavita](#)

Huisartsen hebben de mogelijkheid om de internist of cardioloog te raadplegen via Portavita door middel van een e-consult. De reactie van de betreffende medisch specialist verloopt ook via Portavita. Bij consultatie blijft de huisarts hoofdbehandelaar van de patiënt.

Indien de huisarts (of de POH in opdracht van de huisarts) een vraag stelt wordt deze binnen een week door de medisch specialist beantwoord. Het e-consult is bedoeld voor niet-dringende zaken (die via deze weg kunnen worden beoordeeld en beantwoord).

Voorwaarde: Medicatielijst up-to-date (via OZIS med-tab)

6.3. Verwijzing specialist

[Bijlage 21. Samenvatting NHG Chronische Nierschade](#)

[Bijlage 22. Overzicht afspraken specialisten CVRM en DM](#)

[Bijlage 6. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus](#)

De patiënt wordt bij specifieke complicaties verwezen naar de specialist volgens [tabel 11](#). (zie volgende bladzijde). Bij verwijzen wordt het hoofdbehandelaarschap overgedragen aan de medisch specialist.

Tabel 11. Verwijzing en consultatie specialist

Wanneer	Definitie	Naar wie
Onvoldoende metabole regulatie	Moeilijk instelbaar / slechte regulatie (HbA1c > 64-69 mmol/mol) Zeer wisselende bloedglucose waarden	Portavita e-consult internist Indien geen verbetering, verwijzing internist
Chronische nierschade	Risicocategorie geel, oranje, rood Bijlage 21. Samenvatting NHG chronische nierschade	Portavita e-consult internist
Dyslipidemie	Niet bereiken streefwaarde LDL (behandeling > 6 maanden) Triglyceriden > 5 mmol/l ondanks medicatie	Internist
Hypertensie	Niet bereiken individuele streefwaarde ondanks 3 antihypertensiva (behandeling > 6 maanden) Vermoeden secundaire hypertensie	Portavita e-consult internist Indien geen verbetering, verwijzing internist
Verdenking MODY of LADA		Portavita e-consult verwijzing internist
Obesitas	Indien bariatrische chirurgie gewenst is en BMI > 35 kg/m ²	Chirurg
Insulinetherapie bij jonge patiënt met actieve levensstijl		Internist
Diabetespatiënt met zwangerschapswens (of bij zwangerschap indien niet eerder verwezen kon worden)		Internist
Bij plotse hartdood < 50 jaar in familie (ongeacht risico factoren patiënt)		Cardioloog
Micro-vasculaire complicaties		
Albuminurie matig/ernstig verhoogd	Volgens protocol nierfunctie Bijlage 21. Samenvatting NHG chronische nierschade	Internist
Retinopathie	Stroomschema fundusfotografie Bijlage 6. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus	Oogarts
Diabetische voet	Vaatlijden Neuropathie Wond onderbeen Standafwijkingen (o.a. Charcot) Bijlage 4. Onderzoek Diabetische voet	DM-voetenpoli ZRT
Macro-vasculaire complicaties		
Macro-angiopathie	Het optreden van incidenten <ul style="list-style-type: none"> - Coronair lijden - Perifeer vaatlijden - TIA/CVA - Aneurysma 	Cardioloog Vaatchirurg Neuroloog Vaatchirurg

Met de komst van de nieuwe richtlijn CVRM 2019 zijn er geen verschillen meer in streefwaarden binnen de eerste en tweede lijn t.a.v. patiëntspecifieke situatie. Soms is er echter toch een verschil in de te hanteren streefwaarde en/of behandeling tussen de tweede en eerste lijn. Dan geldt vanzelfsprekend dat de medicamenteuze behandeling (en bijbehorende streefwaarden) die door de tweede lijn is ingezet, voortgezet wordt door de eerste lijn. Dit conform de geldende afspraken tussen de tweede en eerste lijn.

6.4 Terugverwijzing huisarts

[Bijlage 22. Overzicht afspraken specialisten CVRM en DM](#)

De patiënt wordt door de medisch specialist terugverwezen naar de huisarts (conform de werkafspraken) in de volgende situaties:

- De reden van verwijzing/vraag van de huisarts is onderzocht;
- Diagnostiek in de tweede lijn is afgerond;
- Individuele streefwaarden van de patiënt zijn voor zover mogelijk bereikt;
- Patiënt zelf wil terug naar de huisarts en behandeling is in de huisartsenpraktijk mogelijk;
- Patiënt verschijnt niet bij de specialist op controle.

7. Kwaliteit

7.1. Keuze en gebruik HIS/PORTAVITA

Case finding vindt plaats op basis van de gegevens uit het HIS. Op het moment dat een patiënt verder wordt ingekaart wordt de intake door de huisartsen en praktijkondersteuners in Portavita geregistreerd. Bij patiënten die niet in het zorgprogramma thuishoren wordt de behandeling in Portavita gestaakt.

7.2. Registratie

Gegevens dienen uniform geregistreerd te worden in het HIS en Portavita. Dit is van belang voor een juiste financiële afhandeling, maar ook in het kader van indicatoren en benchmarks. Voor registratieafspraken wordt verwezen naar de eigen werkafspraken binnen de zorggroep/praktijk.

Alle zorgactiviteiten die in het kader van dit programma worden uitgevoerd worden geregistreerd met als doelen:

- Dossiervorming, multidisciplinair
- Inzage van patiënt
- Onderlinge verwijzing / consultatie
- Dataverzameling t.b.v. management – en spiegelinformatie
- Rapportages aan derden (zorgverzekeraars) over afgesproken indicatoren
- Factureren en declareren

7.3. Monitoren implementatie/evaluatiecyclus

De commissie zorginhoud CVRM/DM wordt belast met het monitoren van de implementatie van het zorgprogramma en de verschillende onderdelen en fasen daarvan. Voorts draagt de commissie zorg voor de inrichting van een evaluatiecyclus zodat tenminste eenmaal per jaar nagegaan wordt of het programma op basis van nieuwe inzichten of richtlijnen en opgedane ervaringen dient te worden bijgesteld.

Om de kwaliteit van zorg te monitoren en te verbeteren wordt gebruik gemaakt van spiegelinformatie. Bij het verzamelen van gegevens voor spiegelinformatie spelen veel factoren mee. Registratie, extractie, definities van indicatoren en het moment van de dataverzameling. Vervolgens moeten gegevens geïnterpreteerd worden. Kennis van het zorgproces en verschillen tussen praktijken is noodzakelijk om zaken op de juiste waarde te schatten. Dit leidt soms de aandacht af van het **doel van de spiegelinformatie**. Namelijk: Feedback geven aan de huisartsenpraktijk en de zorggroep als geheel. Deze feedback is bedoeld om de organisatie en kwaliteit van zorg te verbeteren.

De gegevens komen uit het KIS (Portavita) en HIS en zijn een hulpmiddel om te komen tot concrete verbeteracties in de praktijk. De kwaliteitsindicatoren volgens de landelijke benchmark van Ineen worden hierbij gevolgd.

ABC-methodiek

In de praktijken wordt aan kwaliteit gewerkt op basis van een A-, B- of C-score. Op basis van een aantal procesindicatoren, die minder afhankelijk zijn van praktijkpopulatie en waarvoor streefwaarden zijn geformuleerd, wordt een score berekend voor de praktijk.

Methode:

Bereiken streefwaarde	= 3 punten
Bereiken streefwaarde -5%	= 2 punten
Bereiken streefwaarde -10%	= 1 punt
Overig	= 0 punten

A-praktijk: Borging van de kwaliteit van registratie en uitvoering. Monitoring via rapportages en bespreking in de praktijk. Zo nodig eigen acties en verbeterpunten.

B-praktijk: De registratie en uitvoering van het zorgprogramma kan nog verbeterd worden. Minimaal 1 van de achterblijvende procesindicatoren concreet uitwerken in een verbeterdoel met te nemen acties.

C-praktijk: Registratie en uitvoering van het zorgprogramma vereist extra aandacht. Verbetering op korte termijn is noodzakelijk. Bezoek van huisarts/POH werkgroep, dan wel consultant. Nadere analyse en uitwerking van minimaal 2 achterblijvende procesindicatoren in een verbeterdoel met te nemen acties.

7.4. Deskundigheid

De groep professionals die het zorgprogramma heeft voorbereid blijft ook in de uitvoeringsfase actief betrokken bij de monitoring van de uitvoering van het programma. In deze fase wordt door deze groep jaarlijks op basis van de beschikbare rapportages het curriculum t.b.v. deskundigheidsbevordering resp. nascholing bepaald.

8. Organisatie en financiën

[Bijlage 23. Samenstelling Commissie Zorginhoud CVRM/DM](#)

8.1. Verantwoordelijkheid en regie

De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het programma en tijdige actualisering daarvan ligt bij de commissie zorginhoud CVRM/DM.

Deze commissie is verantwoordelijk voor:

- Ontwikkeling, herziening en implementatie van het zorgprogramma CVRM/DM;
- Het bewaken van de voortgang van het zorgprogramma CVRM/DM d.m.v. het bespreken en analyseren van de rapportages en indicatoren CVRM/DM;
- Het structureel informeren en overdragen van de voortvloeiende activiteiten uit het zorgprogramma CVRM/DM binnen de eigen organisatie;
- Organiseren en bewaken van patiënten perspectief;
- Onderhouden contacten met alle ketenpartners bij de CVRM/DM -zorg;
- Scholing en deskundigheidsbevordering CVRM/DM.

De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die aan de individuele patiënt wordt geboden.

Het ECT resp. BV Chronische Zorg is als zorggroep verantwoordelijk voor alle aspecten die samenhangen met contractering van het zorgprogramma in het kader van de integrale bekostiging.

8.2 Scholing

Elk jaar wordt er een scholingsprogramma aangeboden binnen de regio Gelders Rivierenland voor zowel DM als CVRM. Veelal vindt dit plaats tijdens een WDH-nascholingsmiddag of het tweedaags symposium (1 x p/2 jaar).

Verplichte scholingen zijn:

Bij aanvang van 1 van de zorgprogramma's

Zorgprogramma	Huisarts (min. 1/ praktijk)	POH-S	Herhaal frequentie
Diabetes/CVRM			
• Basiscursus DM/CVRM*	✓	✓	
• Basiscursus instellen op insuline in de 1 ^{ste} lijn*	✓	✓	
• Verdieping intensieve insuliner therapie (bij 4x daags instellen)	✓	✓	1x/3 jaar
• Verdiepingscursus/casuïstiek DM/CVRM/AF	✓	✓	1x/3 jaar
Algemene kennis			
• Motiverende gespreksvoering*		✓	
• Motiverende gespreksvoering verdieping/herhaling		✓	1x/3 jaar
• Stoppen met roken basiscursus* en verdieping	✓	✓	1x/3 jaar

*Deze basiscursus wordt in principe alleen bij de start van een nieuw programma door de Zorggroep aangeboden of indien er voldoende vraag naar is. Vergelijkbare cursussen worden regelmatig landelijk georganiseerd en kunnen ter beoordeling aan de Zorggroep worden voorgelegd.

8.3. Patiënten participatie

Met vertegenwoordigers van regionale patiëntenvereniging wordt overleg gevoerd over het programma en de uitvoering ervan, en over de mogelijkheden van directe patiëntervaringen gebruik te maken.

T.a.v. zelfmanagement en de betrokkenheid van de patiënt bij zijn/haar eigen behandelplan zie ook [paragraaf 4.3. IZP](#).

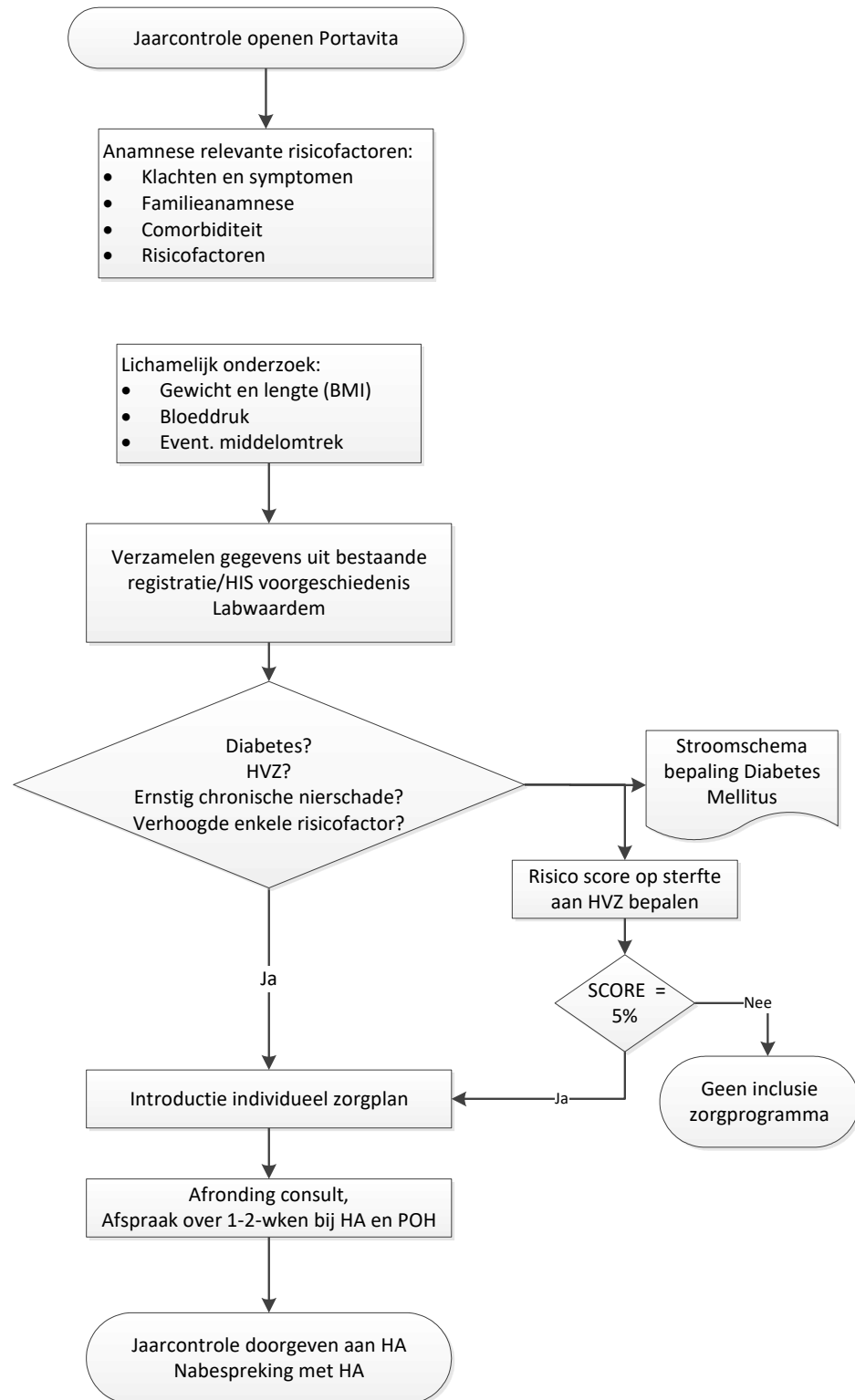
8.4. Financiën

Het zorgprogramma is gecontracteerd in een DBC.

9. Bijlagen

Bijlage 1. Inhoud POH eerste consult CVRM/DM inclusief risico-inventarisatie

Samenvatting zorgprogramma CVRM/ DM



Bijlage 2. NHG SCORE-tabel

■ Zeer hoog risico ■ Hoog risico ■ Laag tot matig verhoogd risico

Bloeddruk	Vrouwen										Leeftijd	Mannen										Sterfte			
	Niet-rookster					Rookster						Niet-roker					Roker								
180	4	5	6	7	8	10	8	9	11	12	15	18	7	8	10	12	15	18	13	15	18	21	26	31	Ziekte + Sterfte
160	3	3	4	5	6	7	6	6	7	9	11	13	5	6	7	9	11	13	9	11	13	16	19	23	Ziekte + Sterfte
140	2	2	3	3	4	5	4	5	5	6	8	9	3	4	5	6	8	10	7	8	9	11	14	17	Ziekte + Sterfte
120	1	2	2	2	3	4	3	3	4	5	6	7	2	3	4	4	5	7	5	5	7	8	10	13	Ziekte + Sterfte
180	2	3	3	4	5	6	4	5	6	7	8	10	4	5	6	8	10	12	8	10	12	15	18	22	Ziekte + Sterfte
160	2	2	2	3	3	4	3	3	4	5	6	7	3	4	5	6	7	9	6	7	9	11	13	16	Ziekte + Sterfte
140	1	1	2	2	2	3	2	2	3	4	4	5	2	3	3	4	5	6	4	5	6	8	9	12	Ziekte + Sterfte
120	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	3	4	2	2	2	3	4	5	3	4	4	5	7	9	Ziekte + Sterfte
180	1	1	1	2	2	3	2	3	3	4	4	6	3	3	4	5	6	8	5	6	8	9	12	15	Ziekte + Sterfte
160	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	3	4	5	6	4	4	5	7	8	11	Ziekte + Sterfte
140	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	1	2	2	3	3	4	3	4	5	6	8	8	Ziekte + Sterfte
120	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	4	5	Ziekte + Sterfte
180	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	3	4	5	6	7	9	Ziekte + Sterfte
160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	4	2	3	3	4	5	6	Ziekte + Sterfte
140	<1	<1	<1	<1	1	1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	Ziekte + Sterfte
120	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	3	Ziekte + Sterfte
180	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	5	Ziekte + Sterfte
160	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	4	Ziekte + Sterfte
140	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	Ziekte + Sterfte
120	0	0	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Ziekte + Sterfte
	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	

In de vakjes staat het tienjaarssterfterisico als gevolg van hart- en vaatziekten, evenals een indicatie van het risico op ziekte plus sterfte.

Toelichting bij het gebruik van de nieuwe SCORE-tabel.

In de SCORE-tabel staan per vakje 2 risico's.

Bovenin: het tienjaars- sterfte risico ten gevolge van hart- en vaatziekten; dit sterfte-risico bepaalt de risico-categorie van de patient (kleur van het vakje)

Onderin: indicatie van het risico op ziekte plus sterfte t.g.v. hart en vaatziekten. Er wordt een onder en bovengrens aangegeven, aangezien de kans op ziekte sterk afhangt van welke ziektebeelden geïncludeerd worden (laagste getal is zonder PAV en hoogste getal is met PAV)

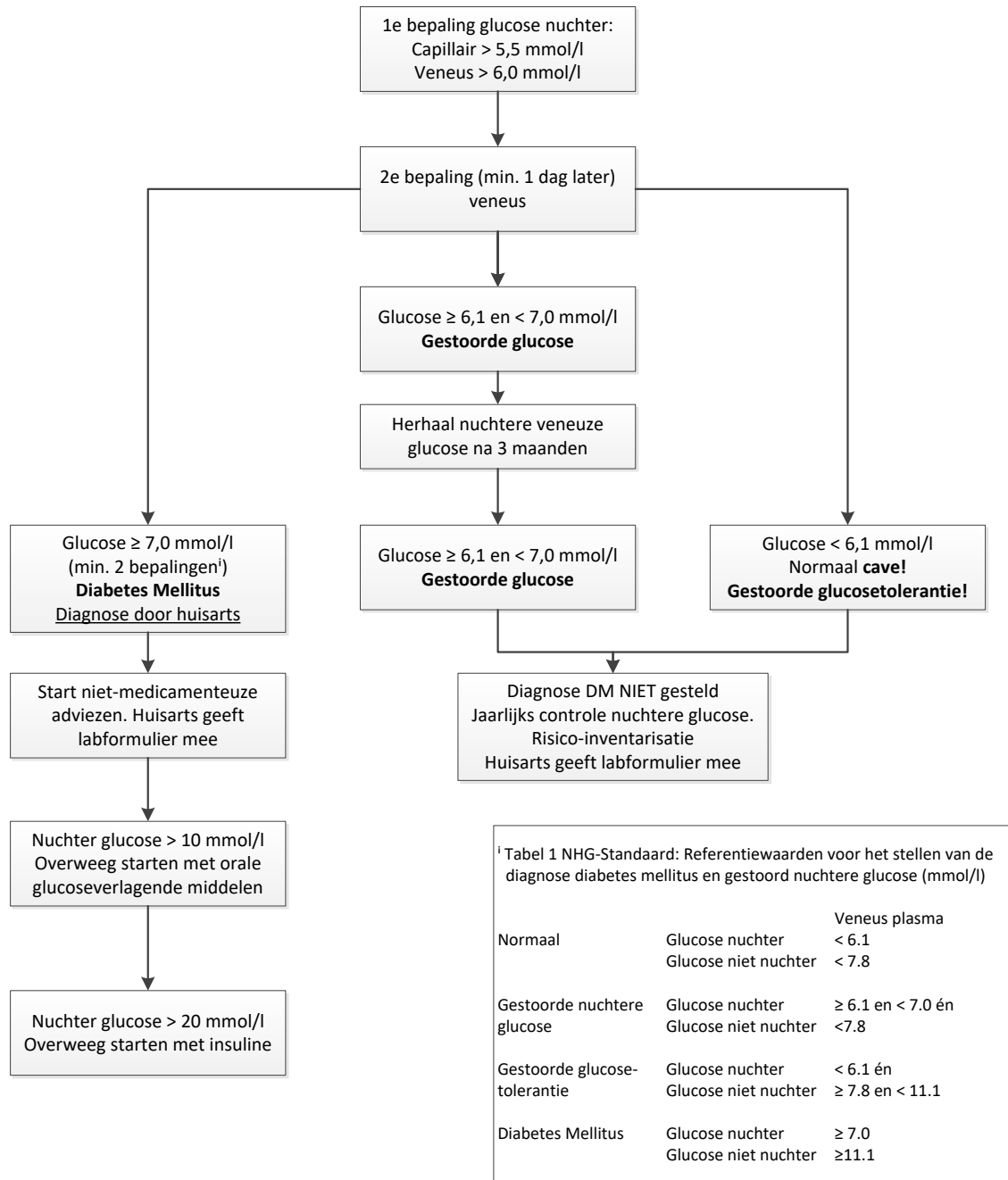
Bij eenzelfde sterfterisico kan (bij andere leeftijden en ander geslacht) het risico op ziekte + sterfte anders zijn. Zo kan het (hogere) ziekte + sterfterisico doorslaggevend zijn bij twijfel over de beslissing tot behandeling. Ook kunnen deze risico's nuttig zijn in de communicatie met patiënten, om de wenselijkheid en potentiële winst van behandeling te communiceren.

Digitale tools kunnen worden gebruikt om het risico te berekenen (zoals beschikbaar in NHGDoc, in HISsen en KISsen of op de website van [U-prevent](#)).

1. De SCORE-tabel geeft cijfers voor 45-, 50-, 55-, 60- en 65-jarigen, maar is bedoeld om risico's te schatten voor leeftijden van 40 tot 70 jaar.
Voor 45-65 jarigen, die tussen de risicovakjes in vallen, wordt het risico d.m.v. interpolatie geschat (bijv. 57 jaar: het gemiddelde van de waarden bij 55 en 60 jaar).
Bij personen jonger dan 45 en ouder dan 65 jaar kan het risico niet door interpolatie geschat worden (de risico's bij 40 en 70 jaar zijn immers niet gegeven). Het risico van iemand tussen de 40 en 44 jaar bepaalt u via de cijfers bij een persoon van 45 jaar, (met dezelfde kenmerken). Het geschatte risico van een leeftijd 40 tot 44 jaar zal dus lager liggen; en de persoon valt altijd in de groene categorie (laag tot matig verhoogd risico). Het absolute risico van personen jonger dan 40 jaar is vrijwel altijd lager dan 1%.
Iemand tussen de 66 en 70 jaar: bepaal de cijfers in de tabel bij iemand van 65 jaar met dezelfde kenmerken; het risico voor 66-70 jarige zal dan hoger zijn.
Besef: het absolute risico van 70-plussers ligt vrijwel altijd boven de 10% (zeer hoog risico-categorie)
In de digitale tools (zie toelichting 1) zijn soms wel berekeningen mogelijk voor de 40- tot 45-jarigen en 65- tot 70-jarigen.
2. De nieuwe SCORE-tabel en het feit dat alleen het tienjaarsrisico op sterfte door hart- en vaatziekten de risico-categorie bepaalt, maakt dat:
 - a) minder patiënten tot de hoogste risicocategorie behoren.
 - b) het kan voorkomen dat patiënten die nu medicamenteus behandeld worden, (op basis van de vorige NHG-Standaard CVRM 2011 geadviseerd) volgens de nieuwe huidige SCORE-tabel bij een lagere risicocategorie horen, met een ander advies voor medicamenteuze behandeling. Het advies is om de medicatie bij deze patiënten in principe toch voort te zetten. De kans dat de patient in de toekomst opnieuw zou moeten starten is groot.
Meestal is de wijziging van zeer hoog naar hoog risico, of van hoog risico naar laag tot matig verhoogd risico. In enkele gevallen verandert het risico van zeer hoog naar laag tot matig verhoogd.
In de nieuwe SCORE-tabel is een ratio TC/HDL van 3 toegevoegd, waardoor het lagere risico voor deze patiënten zichtbaar wordt.

Bijlage 3. Stroomschema Diagnostiek Diabetes Mellitus

Stroomschema diagnostiek Diabetes Mellitus



¹ Tabel 1 NHG-Standaard: Referentiewaarden voor het stellen van de diagnose diabetes mellitus en gestoord nuchtere glucose (mmol/l)

		Veneus plasma
Normaal	Glucose nuchter	< 6.1
	Glucose niet nuchter	< 7.8
Gestoorte nuchtere glucose	Glucose nuchter	≥ 6.1 en < 7.0 én
	Glucose niet nuchter	< 7.8
Gestoorte glucose-tolerantie	Glucose nuchter	< 6.1 én
	Glucose niet nuchter	≥ 7.8 en < 11.1
Diabetes Mellitus	Glucose nuchter	≥ 7.0
	Glucose niet nuchter	≥ 11.1

Bijlage 4. Onderzoek Diabetische voet

De Simms-classificatie en het zorgprofiel worden minimaal jaarlijks vastgesteld in de huisartsenpraktijk door de POH en/of huisarts (screening). Zie ook het schema hieronder 'van Simm's naar zorgprofiel'. Tijdens het voetonderzoek wordt gelet op de protectieve sensibiliteit, de vascularisatie en tekenen van verhoogde druk. Tevens wordt aandacht besteed aan beperkende factoren die de zelfzorg voor voetverzorging onmogelijk maken, zoals de visus van de patiënt, artrose of obesitas, leefstijlfactoren en sociale factoren zoals laag sociaal economische status.

Inspectie

Bij alle patiënten worden de voeten in de diagnosefase door de POH en/of huisarts geïnspecteerd op:

- Kleur (warme en rode voeten kunnen wijzen op angiopathie)
- Standsafwijkingen (bv hallux valgus, klauwstand tenen)
- Drukplekken en eelt
- Aanwezigheid van ulcera en amputaties

Onderzoek

- Sensibiliteit: 10-grams Semmes-Weinstein monofilament plaatsen op hallux, MTP-1 en MTP 5. Er is sprake van sensibiliteitsverlies door neuropathie als de patiënt dit op een van deze plaatsen niet voelt.
- Palpatie beide voetarteriën: Bij afwezigheid van beide pulsaties (aanwezigheid van één pulsatie wordt als normaal beschouwd), wordt eenvoudig Doppleronderzoek verricht. Indien **monofasische** tonen worden gehoord (bi- of trifasische tonen zijn normaal), wordt de enkel-armindex bepaald.
- Indien er getwijfeld wordt aan de vascularisatie dient een teendrukmeting verricht te worden in het ziekenhuis.

Zie als leidraad ook de praktische [samenvattingskaart Consensusstudie medisch noodzakelijk eelt](#) bij DM van de NVvP of de [Richtlijn Diabetische Voet](#).

Controlefrequentie/ Risicoclassificatie

De hoogte van het risico op het ontwikkelen van een diabetische voet wordt uitgedrukt in de Simms-classificatie. Deze dient samen met het zorgprofiel als leidraad voor de controlefrequentie en verwijzing naar pedicure en/of podotherapeut.

Tabel 1: Opbouw Simms-classificatie:

Classificatie	Risicoprofiel
Simm's 0	Geen verlies protectieve sensibiliteit (PS) of perifeer arterieel vaatlijden (PAV)
Simm's 1	Verlies PS of PAV zonder tekenen van lokaal verhoogde druk
Simm's 2	Verlies PS in combinatie met PAV en/of tekenen van lokaal verhoogde druk
Simm's 3	Ulcus of amputatie in voorgeschiedenis

Aanvullend beleid gericht op het voorkomen van voetproblemen

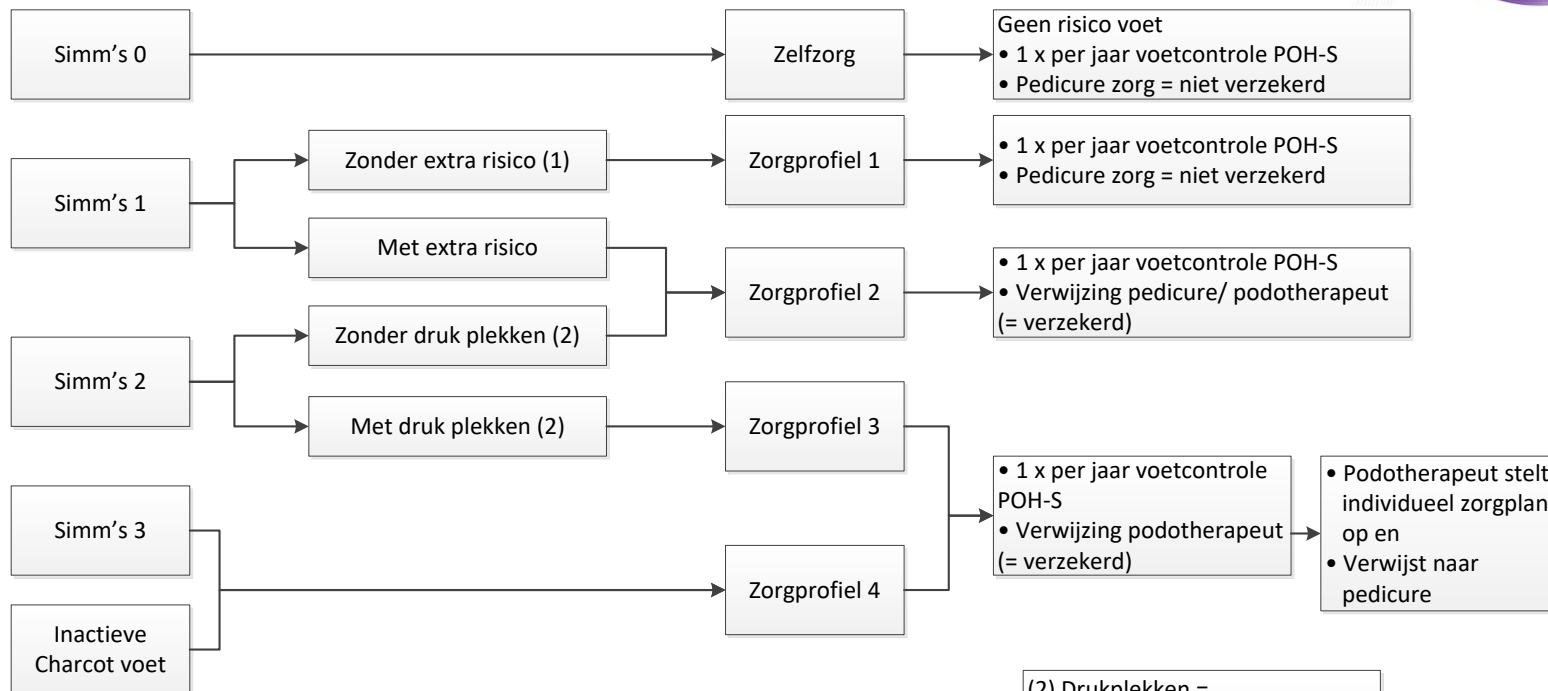
- Dagelijks inspectie voeten
- Goed passend schoeisel
- Sokken zonder dikke naden
- Bij een ulcus direct contact met de huisarts
- Bij drukplekken en overmatig eeltvorming:
 - Schoeisel controleren
 - Advies goed schoeisel te kopen
- Eventueel verwijzing pedicure en/of podotherapeut

- Bij standsafwijkingen of abnormaal brede voet:
- Verwijzing naar podotherapeut, revalidatiearts of orthopedisch chirurg (via DM-voetenteam ZRT).

Beleid ulcera

- *Niet-plantair gelegen oppervlakkig neuropathisch ulcus zonder tekenen van perifeer vaatlijden, dat met eenvoudige maatregelen en schoenaanpassing volledig drukvrij gelegd kan worden:*
 - ➔ Bij voorkeur in samenwerking met podotherapeut door de huisarts behandelen.
 - Bij beperkte cellulitis zonder systemische tekenen van infectie
 - Orale antibiotica (flucloxacilline)
 - Tijdens behandeling: Lopen beperken
 - Bloedglucose optimaliseren
 - Herbeoordelen na 48 uur
 - Is er na 14 dagen geen duidelijke genezingstendens waarneembaar, verwijst de huisarts naar het DM-voetenteam ZRT.
 - Niet geïnfecteerd:
 - Controle huisarts om de paar dagen
 - Indien geen genezing of verslechtering in 2 weken: verwijzing naar DM-voetenteam ZRT.
- *Alle overige ulcera (zie de [RTA Voetenpoli](#) of de werkafspraken in [bijlage 22](#))*
 - Verwijzing voetenteam 2^e lijn via Zorgdomein, via menu Heelkunde (of op indicatie via Interne Geneeskunde).

Voetzorg Diabetes type 2: Van Simm's naar Zorgprofiel



(1) Extra risico =
Met verhoogd risico op huiddefecten en/of huidinfectie:

- PAV en loopafstand < 100 meter
- Ernstige nefropathie en MDRD , 30 ml/min
- > 2 weken gebruik Prednison, immunosuppressiva of chemotherapie

Of met verhoogd risico op drukplekken:

- Voetdeformiteiten (Reuma, Hallux valgus, Hamertenen e.d.)
- Limited Joint Mobility (prayer 's sign +)
- Orthopedisch schoeisel

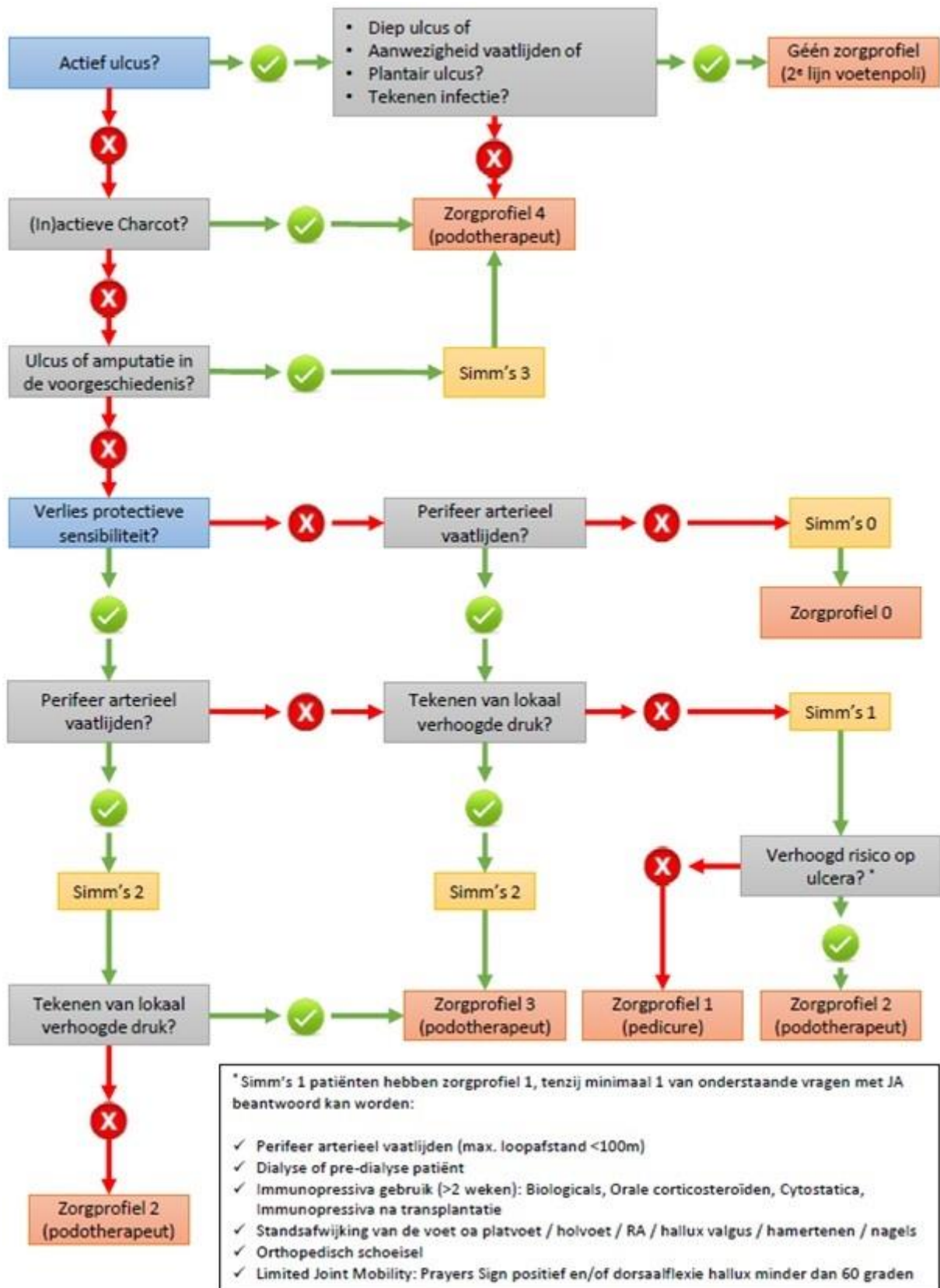
(2) Drukplekken =

- Eelt
- Likdoorns
- Blaren
- Roodheid lokaal

Verwijzing naar voetenpoli:

- Actieve Charcot
- Actieve ulcus zonder genezingtendens < 2 weken
- Actieve ulcus met PAV, tekenen van infectie of complicaties

Bijlage 5. Stroomschema bepaling zorgprofiel diabetische voet



Bijlage 6. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus

Bepaal het moment van eerste screening op diabetische retinopathie op basis van diabetes type:

Diagnose diabetes	Actie
Volwassenen met de diagnose diabetes type 1 of 2	Start screening <u>binnen 3 maanden na de diagnose</u> diabetes type 1 of 2
Volwassenen met andere vormen van diabetes mellitus (LADA, MODY, mitochondriale diabetes, pancreasaandoeningen etc)	Start screening binnen 3 maanden na de diagnose diabetes mellitus
Vrouwen met bestaande diabetes mellitus, bij zwangerschap	Start screening bij eerste zwangerschapscontrole (zie aparte aanbeveling)
Vrouwen met zwangerschapsdiabetes (diabetes gravidarum)	Geen screening

Bepaal het screeningsinterval op basis van de uitslag van (voorafgaande) screenings:

Uitslag screening(en)	Nieuw screeningsinterval
Eenmaal geen zichtbare retinopathie (R0)	tweejaarlijks
Tweemaal achtereenvolgens geen zichtbare retinopathie (R0)	driejaarlijks
Milde (achtergrond) retinopathie (R1)	jaarlijks
Retinopathie in beide ogen of visusbedreigende retinopathie (R2, R3, M1)	verwijzing naar oogarts

Laat vrouwen met bestaande DM bij de eerste zwangerschapscontrole screenen op diabetische retinopathie. Indien er geen retinopathie wordt gevonden wordt de screening herhaald bij 28 weken. Indien enige vorm van retinopathie wordt ontdekt moet de patiënte naar de oogarts worden verwezen en tot minimaal 6 maanden postpartum bij de oogarts onder controle blijven.

Bied patiënt met langdurig hoog HbA1c van wie het HbA1c snel daalt, extra retinopathie screening aan. Geef hierbij aan bij de patiënt dat de kans op nieuwe retinopathie bij een snel dalend HbA1c niet groot is.

Overweeg patiënten met een korte levensverwachting niet meer te laten screenen op diabetische retinopathie.

Risicofactoren (progressie) retinopathie

- Hyperglycemie
- Duur Diabetes Mellitus (> 10 jaar)
- Hypertensie
- Micro-albuminurie
- Proteinurie
- Nefropathie
- Dyslipidemie
- Puberteit
- Zwangerschap
- Snelle verbetering hyperglycemie
- Abdominale obesitas

Verwijzing (volgens Zorgdomein: Consultatie en Verwijzing 2e lijn)

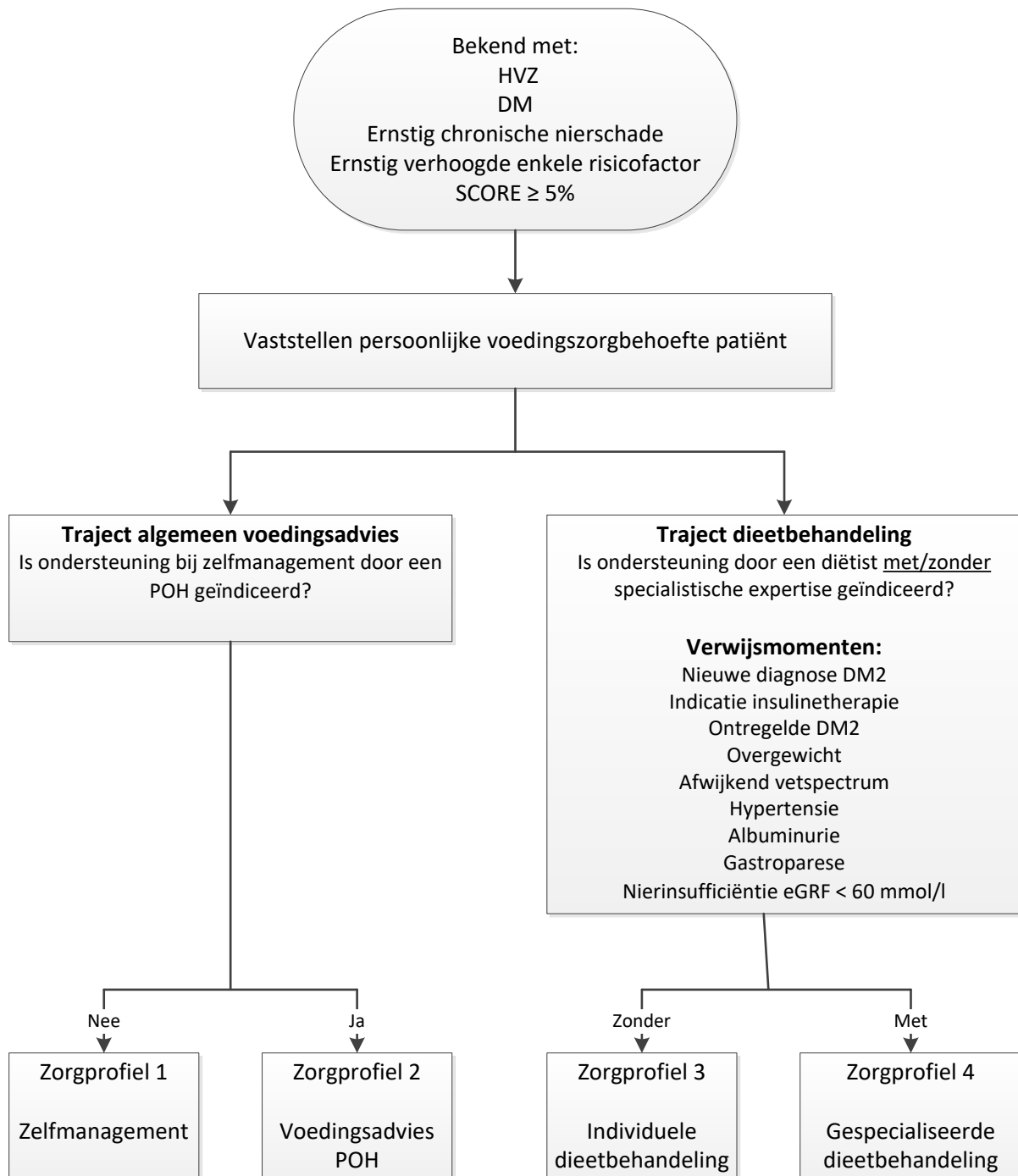
Naar oogarts:

- Bij diabetische retinopathie met bloedingen en exsudaten of ergere afwijkingen
- Bij diabetische maculopathie

Naar optometrist (oogarts op indicatie):

- Wanneer screening niet goed uitvoerbaar is
- Bij onverklaarbare visusklachten (Spoedverwijzing bij plotselinge visusdaling/ gezichtsveldbeperking)
- Kinderen, zwangeren en diabeten met bekende oogheelkundige comorbiditeiten (zwangeren dienen elke 3 maanden te worden gezien)

Bijlage 7. Stroomschema Verwijzing Dietist



Voor meer informatie zie de [Zorgmodule Voeding](#).

Bijlage 8. Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid

■ Zeer hoog risico ■ Hoog risico ■ Laag tot matig verhoogd risico

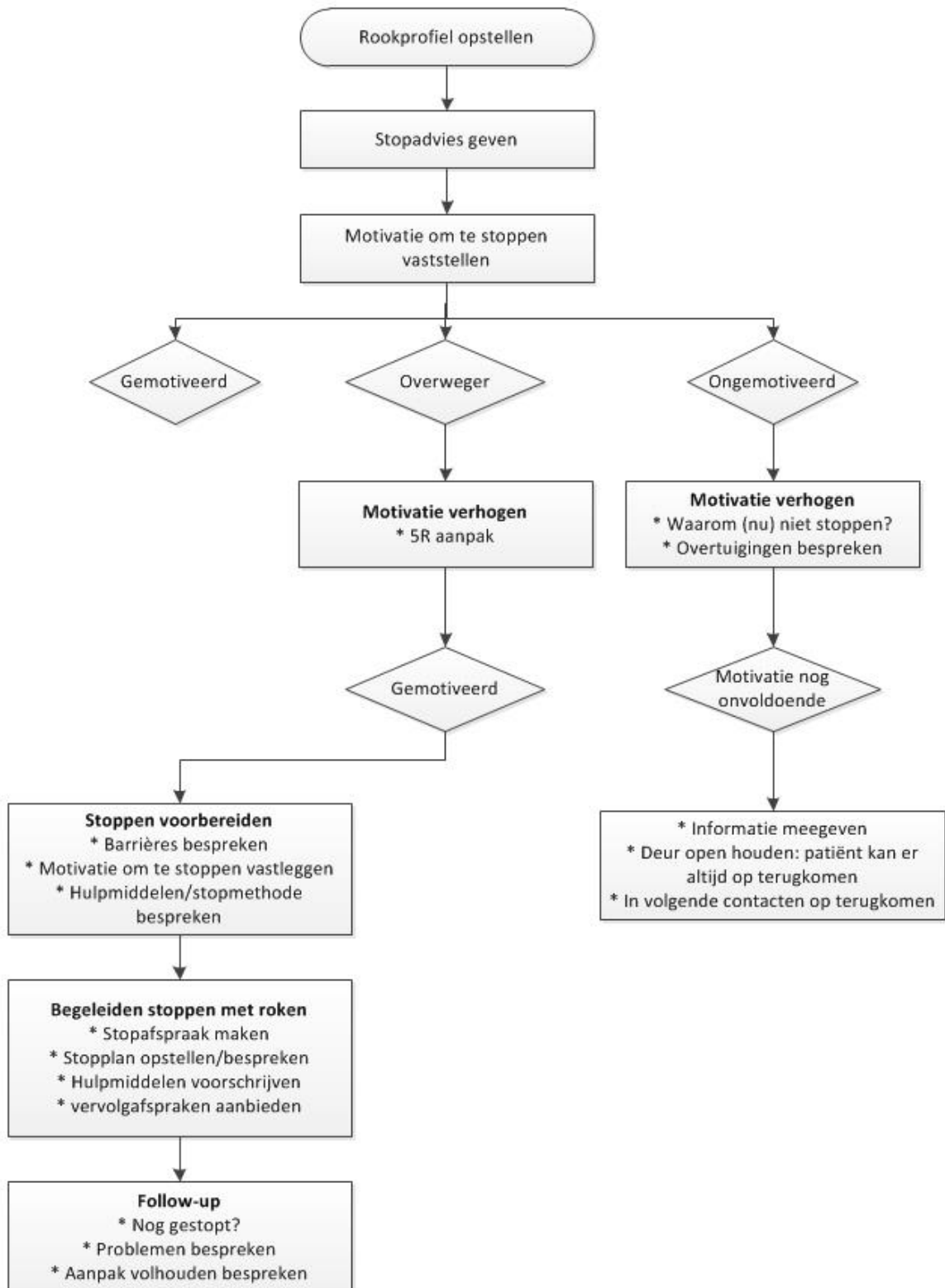
	Streefwaarde LDL-cholesterol (mmol/l)			Streefwaarde systolische bloeddruk (mmHg)			Beleid
	≤ 70 jaar	> 70 jaar		≤ 70 jaar	> 70 jaar		
		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar		Niet kwetsbaar	Kwetsbaar	
Eerder vastgestelde hart- of vaatziekte (onder andere acuut coronair syndroom; angina pectoris; coronaire revascularisatie; TIA of beroerte; aorta-iliofemorale atherosclerose; aorta-aneurysma; claudicatio intermittens of perifere revascularisatie). Bij beeldvorming aangevoelde atherosclerotische stenose of ischemie	< 1,8	< 2,6	Indien medicatie wordt gegeven bij voldoende levensverwachting: < 2,6	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Medicamenteuze therapie meestal aangewezen
Diabetes mellitus met orgaanschade, zoals proteïnurie, of met een belangrijke risicofactor, zoals roken of ernstige hypercholesterolemie (TC > 8 mmol/l) of ernstig verhoogde bloeddruk (≥ 180 mmHg)	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Medicamenteuze therapie meestal aangewezen
Ernstige chronische nier schade: eGFR < 30 of 30-44 met ACR 3-30; eGFR 45-59 met ACR > 30							
Een berekend tienjaarsrisico op HVZ met SCORE ≥ 10%							
Matige chronische nier schade: eGFR 30-44 met ACR < 3; eGFR 45-59 met ACR 3-30; eGFR ≥ 60 met ACR > 30	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Geen medicatie starten of stop lipidenverlagende medicatie	< 140 (eventueel < 130*)	< 150 (eventueel < 140*)	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies Overweeg medicamenteuze behandeling
De meeste andere personen met diabetes mellitus die geen zeer hoog risico hebben							
Ernstig verhoogde risicofactor, bijvoorbeeld TC > 8 mmol/l of bloeddruk ≥ 180 mmHg							
Tienjaarsrisico op HVZ met SCORE ≥ 5% en < 10%							
Tienjaarsrisico op HVZ met SCORE < 5%. Veel personen van middelbare leeftijd vallen in deze categorie. Jongeren met DM type 1 zonder klassieke risicofactoren	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Leefstijladvies aanbevolen Medicamenteuze therapie zelden aangewezen

eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate/geschatte nierfunctie; ACR: albumine-creatinineratio (mg/mmol); SCORE = Systematic Coronary Risk Evaluation; TC = totaal cholesterol.

* Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt.

Bijlage 9. Stroomschema Stoppen met roken

POH Stoppen met roken



Bijlage 10. Zorgprofielen bewegen uit zorgmodule bewegen

	Zorgprofiel 1 Zelfstandig bewegen buiten de zorg	Zorgprofiel 2 Bewegen met ondersteuning van een zorgprofessional	Zorgprofiel 3 Gespecialiseerd beweegadvies	Zorgprofiel 4 Begeleiding bij bewegen in groepsverband	Zorgprofiel 5 Individuele begeleiding bij bewegen
Algemene kenmerken	De diagnose (hoog risico op een) chronische aandoening is gesteld. Patiënt voldoet niet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Patiënt is gemotiveerd zijn beweeggedrag te veranderen.				
Specifieke patiënt-kenmerken	De patiënt beschikt over voldoende zelfmanagement- en/of gezondheidsvaardigheden	De patiënt beschikt niet over voldoende zelfmanagement- en/of gezondheidsvaardigheden	Patiënt wordt medisch belemmerd om een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te (kunnen) ontwikkelen en onderhouden.	De patiënt heeft geen beperkingen die groepsbegeleiding onmogelijk maken.	De patiënt heeft door zijn beperkingen individuele begeleiding nodig.
Indicatie	Zelf ontwikkelen en onderhouden van een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid.	Zelfmanagementondersteuning en gedragsveranderingsondersteuning (leefstijladvisering)	Gespecialiseerd beweegadvies	Gespecialiseerde begeleiding bij bewegen in groepsverband	Gespecialiseerde individuele begeleiding bij bewegen
Interventies	Patiënt gaat - buiten de zorg - zelf aan de slag.	Zorgprofessionals geven algemene beweegadviezen, coachen en monitoren het beweeggedrag	Beweegzorgprofessionals verzamelen, analyseren en interpreteren risicofactoren, beperkingen en/of (co- en multi)morbiditeit en geven adviezen.	Beweegzorgprofessionals begeleiden individueel afgebakende beweegprogramma's.	Beweegzorgprofessionals ontwikkelen en begeleiden individuele behandelplannen.
Doorstroom-criteria		Als de patiënt in staat is een actieve leefstijl zonder hulp van de zorg voort te zetten, stroomt de patiënt terug naar profiel 1. Als de patiënt na verloop van tijd nog onvoldoende beweegt, en gedragsondersteuning onvoldoende effect heeft, is doorstroming naar profiel 3, aangewezen om te bepalen of en welke zorg dan passend is.	Samen met de patiënt stelt de beweegzorgprofessional vast of en welke zorg geïndiceerd is. Vervolgens vindt doorstroming plaats naar het meest passende profiel (zorgprofiel 1, 2, 4 of 5) of naar de curatieve zorg.	Als het programma is afgerond, de doelen zijn bereikt (het maximaal haalbare is behaald) en de patiënt in staat is een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid zonder hulp van de zorg voort te zetten, stroomt de patiënt uit naar profiel 1. Eventueel verwijzen naar profiel 2, 3 of 5 is ook mogelijk.	Als de behandeldoelen zijn bereikt (het maximaal haalbare is behaald) en de patiënt in staat is (zoveel als voor hem mogelijk) een actieve leefstijl en een goede lichamelijke fitheid te onderhouden zonder hulp van de zorg, stroomt de patiënt uit naar profiel 1 Eventueel verwijzen naar profiel 2, 3 of 4 is ook mogelijk.
Belangrijke competenties		- algemene expertise over bewegen i.r.t. gezondheid - adviseren en coachen - motiverende gesprekstechnieken - samenwerken	- gespecialiseerde expertise over bewegen i.r.t. tot gezondheid en chronische aandoeningen (co- en multimorbiditeit) - opstellen en begeleiden beweegprogramma en behandelplan - klinisch redeneren en interpreteren van gegevens - adviseren en coachen - motiverende gesprekstechnieken - samenwerken		
Meest aangewezen professionals	Geen (beweeg-)zorgprofessionals betrokken, indien gewenst wel beweegprofessionals	Zorgprofessionals: huisarts, praktijkondersteuner en (wijk / gespecialiseerd) verpleegkundige	Beweegzorgprofessionals: sportarts, revalidatiearts, fysiotherapeut en oefentherapeut	Beweegzorgprofessionals: fysiotherapeut en oefentherapeut	

Schema: Indeling in zorgprofielen naar belangrijkste kenmerken ^(a)

^(a) Het volume patiënten is naar verwachting het grootst in zorgprofiel 1, daarna volgt zorgprofiel 2.
Nota bene: Mensen die beweegzorg in zorgprofielen 2-5 ontvangen, bewegen tegelijkertijd ook buiten de zorg.

Bijlage 11. Formularium

Formularium Rivierenland Diabetes en CVRM medicatie

Soort medicatie	1 ^e keuze	2 ^e keuze, andere mogelijkheden
Orale bloedglucose verlagende middelen Biguanide Sulfonyluream derivaat N.B. patiënten boven de 70 jaar. Geen Glibenclamide	Metformine Glicazide	Tolbutamide
Insuline Kortwerkend: Langwerkend: Ultralangwerkend: Mix:	Novorapid Insulatard Toujeo (glargine 300) Novomix	Humalog Glargine Tresiba (degludec) Humuline
GLP-1-analogen Onder bepaalde omstandigheden, in overleg met de patiënt te bepalen.	Liraglutide	Semaglutide
SGLT-2 remmers Onder bepaalde omstandigheden, in overleg met de patiënt te bepalen.	Empagliflozine	Canagliflozine
DPP4-remmers Onder bepaalde omstandigheden, in overleg met de patiënt te bepalen.	Sitagliptine	Vildagliptine

Angiotensie-II-receptorantagonisten	Losartan	Candesartan Valsartan Irbesartan Telmisartan
ACE-remmers	Enalapril	Lisinopril Fosinopril Ramipril Perindopril
Diuretica	Hydrochloorthiazide (HCT)	Chloortalidon Indapamide
Calciumantagonisten	Amlodipine	Nifedipine retard

Statines	Simvastatine Atorvastatine Rosuvastatine	Pravastatine Fluvastatine
Overige cholesterolverlager	Ezetimibe Fibraat PCSK9-remmers	Gemfibrozil

Zie voor het doseringsschema de volgende bladzijde.

Stap 1

ACE-remmer:

- Enalapril 1 dd 10 mg (ouderen 1 dd 5 mg) *
- Perindopril 1 dd 4 mg (ouderen 1 dd 2 mg) *

*Bij verminderde nierfunctie (eGFR 10-50ml/min/1,73m²): verlaag startdoserings.

ARB:

- Telmisartan 1 dd 40 mg (bij allen geldt bij ouderen 1 dd ½ dosering).
- Candesartan 1 dd 8 mg (ouderen 1 dd 4 mg)
- Losartan 1 dd 50 mg (ouderen 1 dd 25 mg)
- Valsartan 1 dd 80 mg (1 dd 40 mg)

Bij allen geldt dat bij eGFR > 10 ml/min/173m² startdosisaanpassing niet nodig is.

Calciumantagonist:

- Amlodipine 1 dd 5 mg
 - Lercanidipine 1 dd 10 mg
- Bij Atriumfibrilleren geef: Diltiazem mga 1 dd 200 mg *of*
Verapamil mga 1 dd 120 mg
- Bij hartfalen geen calciumantagonist geven.

Thiazidediureticum:

- Hydrochloorthiazide 1 dd 12,5 mg *of*
 - Chloortalidon 1 dd 12,5 mg
- Bij voorkeur niet aan mensen met jicht of basaalcel/plaveiselcel carcinoom in VG
Verstandig met zonlicht omgaan!

β-blokker:

- Metoprololsuccinaat mga 1 dd 50 mg
- Atenolol 1 dd 25 mg
- Bisoprolol 1 dd 5 mg

Bij gestarte medicatie ACE-remmer/ARB/Thiazidediureticum:
na 2 weken controle middels lab op eGFR, Natrium, Kalium.

Stap 2. Indien streefwaarde niet bereikt is.

Combineer 2 en indien nodig 3 van bovengenoemde middelen uit stap 1.

Vaak zijn de volgende combinaties gunstig:

- Ace-remmer met Calciumantagonist
- ARB met Calciumantagonist

Niet aanbevolen combinatie:

- Ace-remmer met ARB
- β-blokker met diureticum

Bij combinatie Ace- met diureticum of ARB met diureticum: halveer 3 dagen de diureticum, nadien weer voorgaande dosis.

Stap 3. Indien streefwaarde niet bereikt is.

Verhoog de doseringen van reeds gegeven medicatie.

Bij dosisverhoging van ACE-remmer/ARB/Thiazidediureticum:

na 2 weken controle middels lab op eGFR, Natrium, Kalium.

Stap 4. Indien streefwaarde niet bereikt is na 3 maanden:

voeg spironolacton 1 dd 25-50 mg toe of verwijs naar de internist.

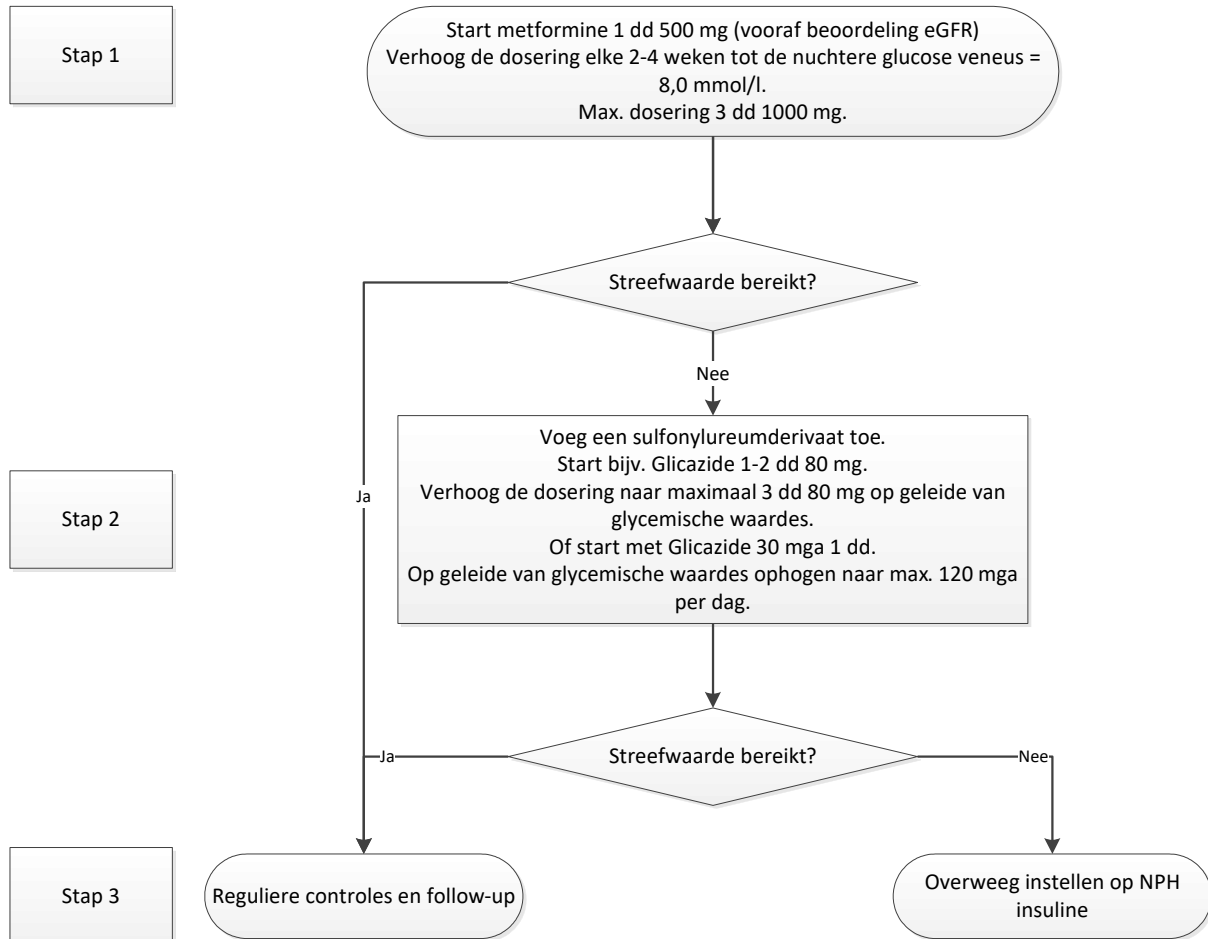
Bijlage 12. Gemiddelde dosis/respons LDL-c verlaging

Statine	5mg	10mg	20mg	40mg	80mg
Atorvastatine	31%	37%	43%	49%	55%
Fluvastatine	10%	15%	21%	27%	33%
Pravastatine	15%	20%	24%	29%	33%
Rosuvastatine	38%	43%	48%	53%	33%
Simvastatine	23%	27%	32%	37%	42%*

*Dosering niet meer gegeven ivm toxiciteit

Bijlage 13. Instellen orale medicatie DM2 door huisarts + werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2-remmers

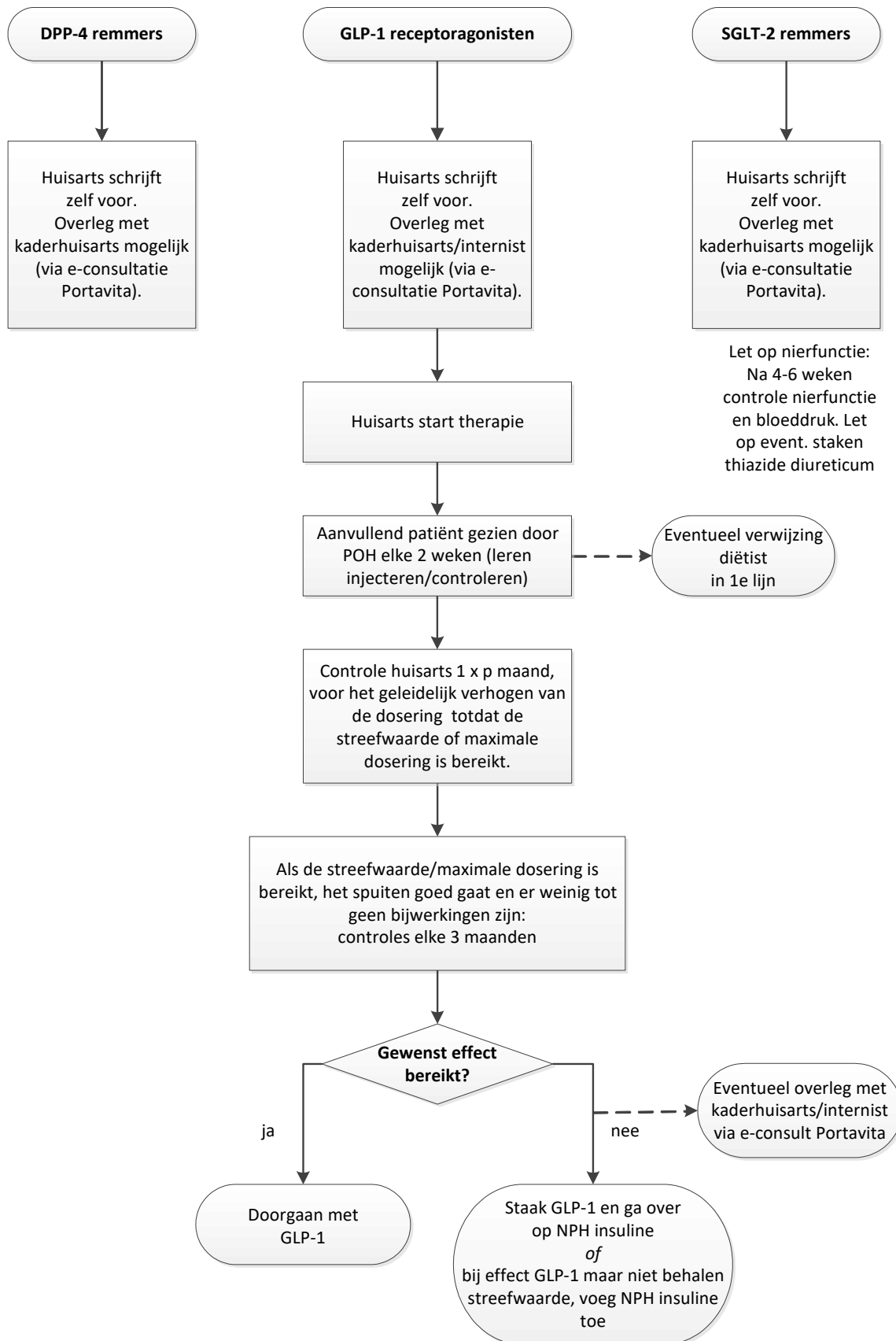
Instellen orale medicatie DM2 door huisarts



Let op: Bij bepaalde beroepen waarbij hypoglycemieën ongewenst/gevaarlijk zijn, kun je bij stap 3 i.p.v. insuline overwegen om triple-therapie te starten d.m.v. het toevoegen van ofwel:

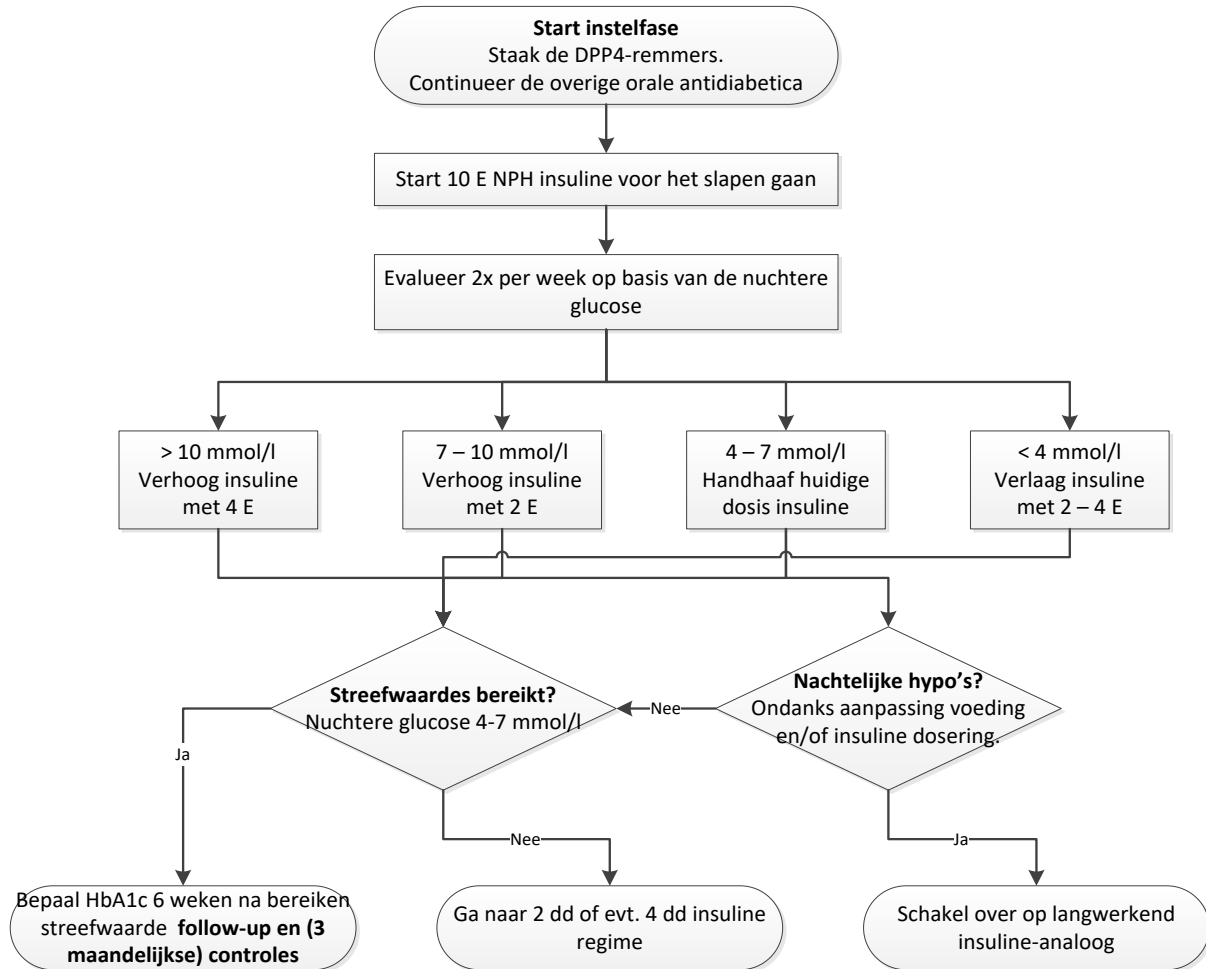
- een DPP4-remmer *of*
- indien BMI > 30 een GLP-1 remmer *of*
- een SGLT-2-remmer.

Werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2 remmers



Bijlage 14a. Instellen + controle op insuline

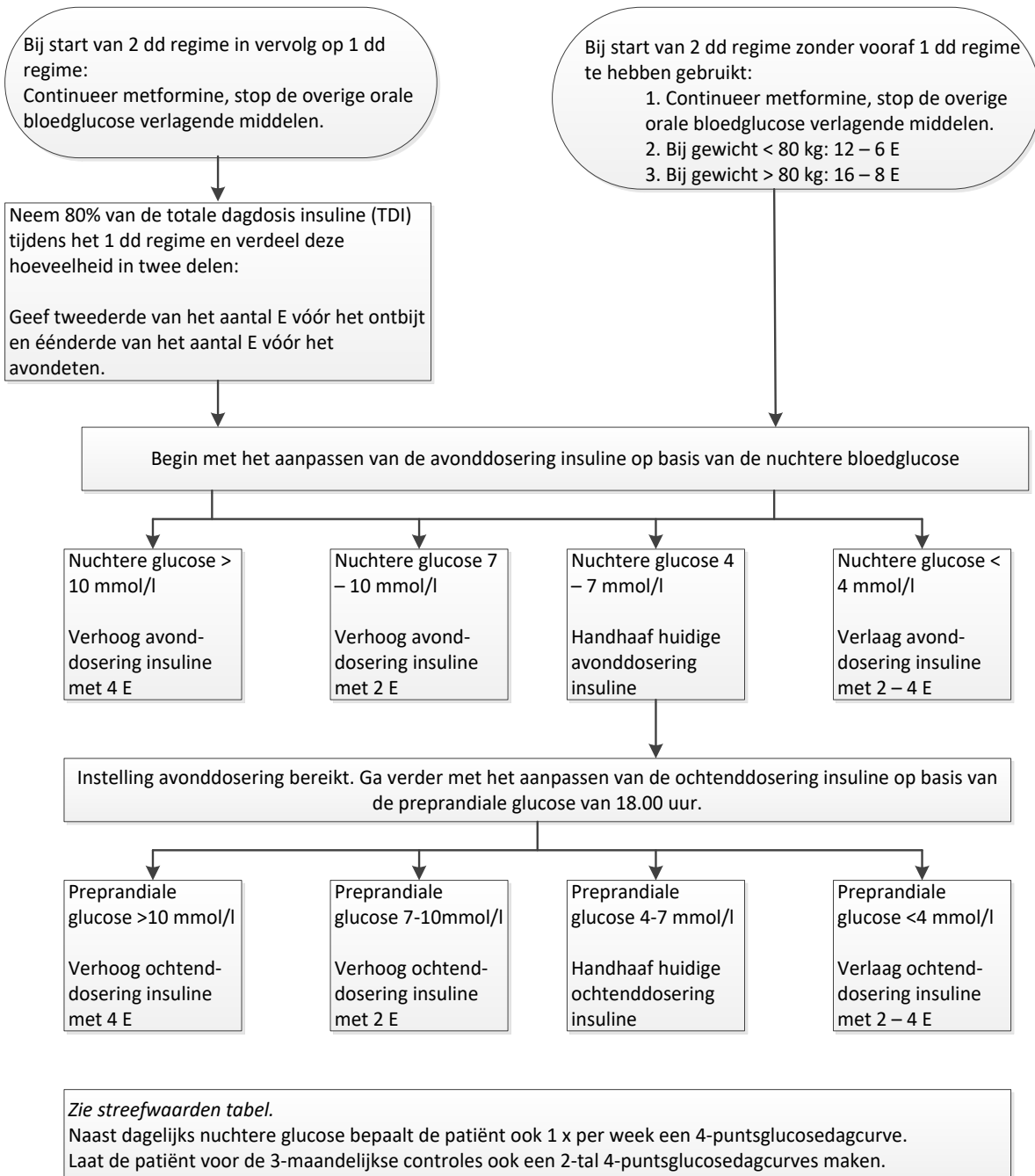
Eenmaal daags NPH-insuline regime



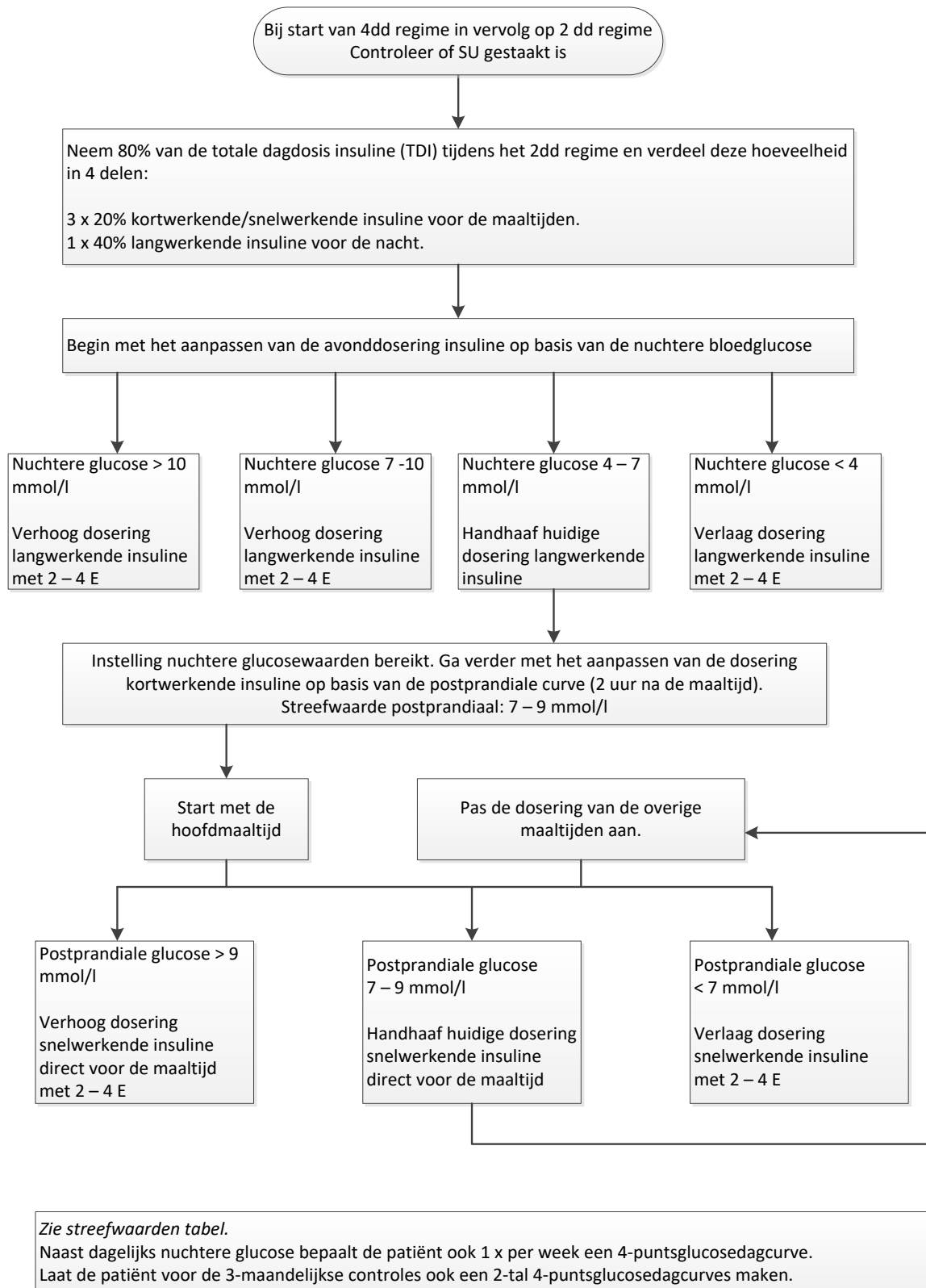
NB. Bij > 40 E Insuline/dag: overweeg over te gaan naar 2dd. of evt. 4dd. spuiten

Bijlage 14b. 2x en 4x daags insuline regime

Tweemaal daags mixinsuline regime

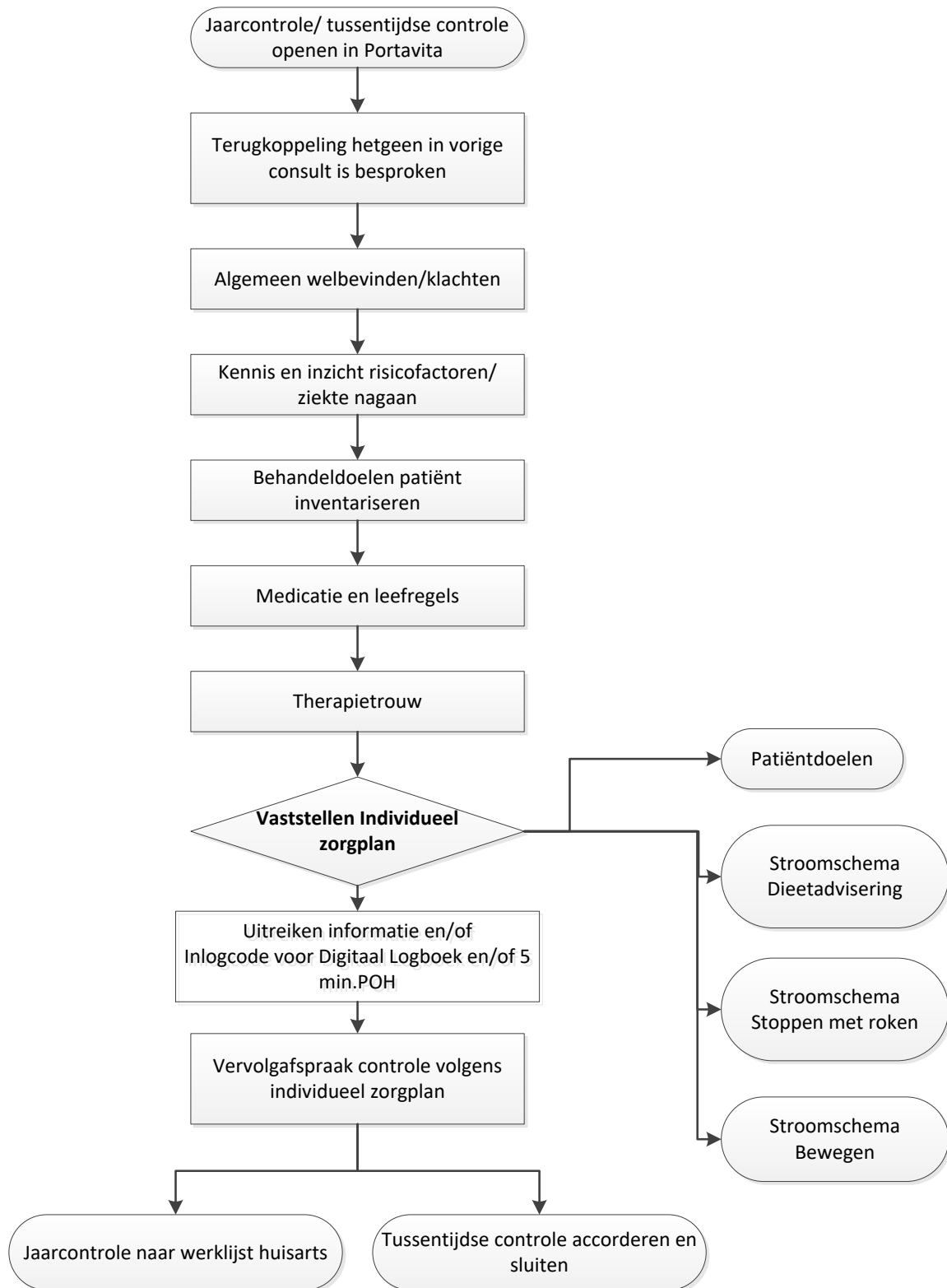


Viermaaldaags insuline regime



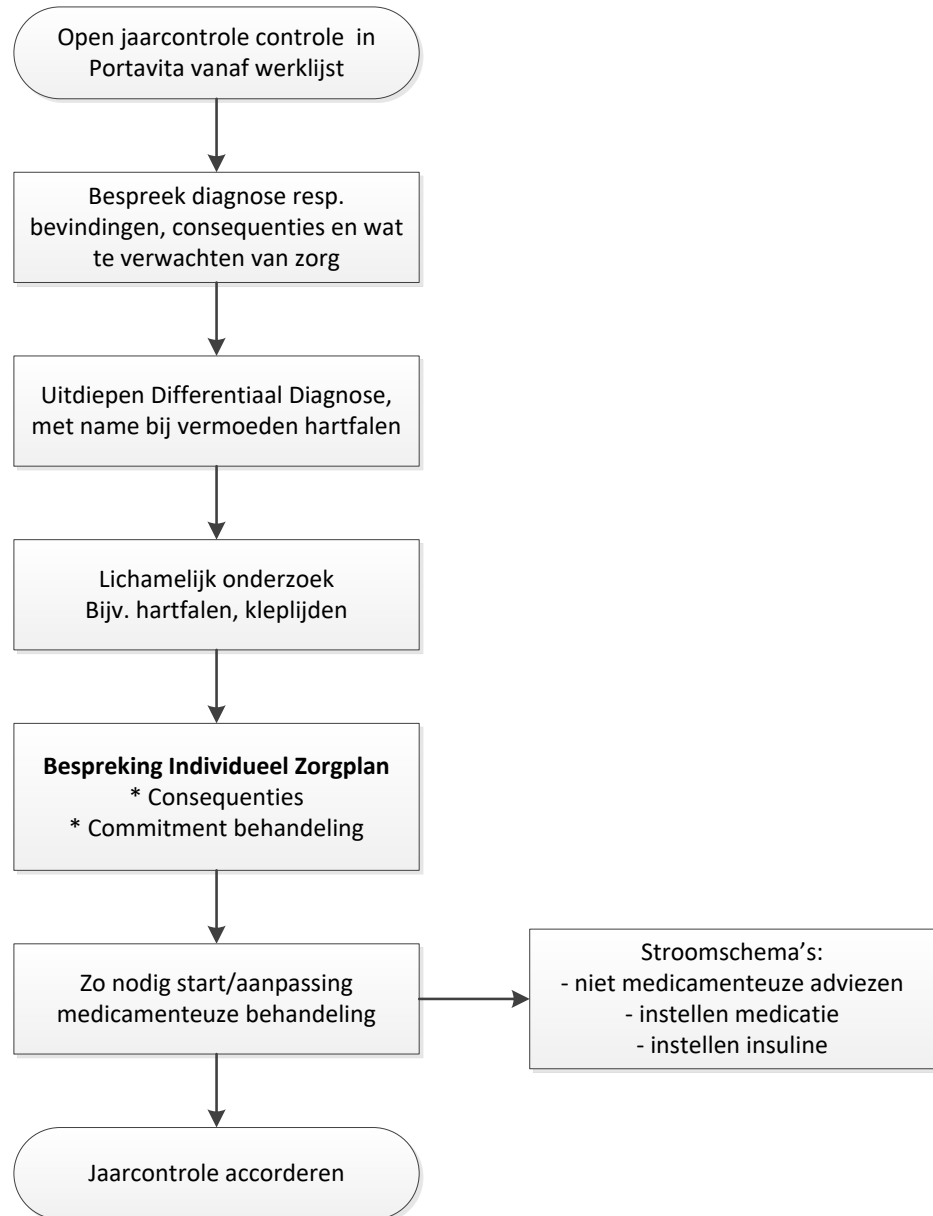
Bijlage 15. Stroomschema consult POH vaststellen IZP

POH Vaststellen individueel zorgplan



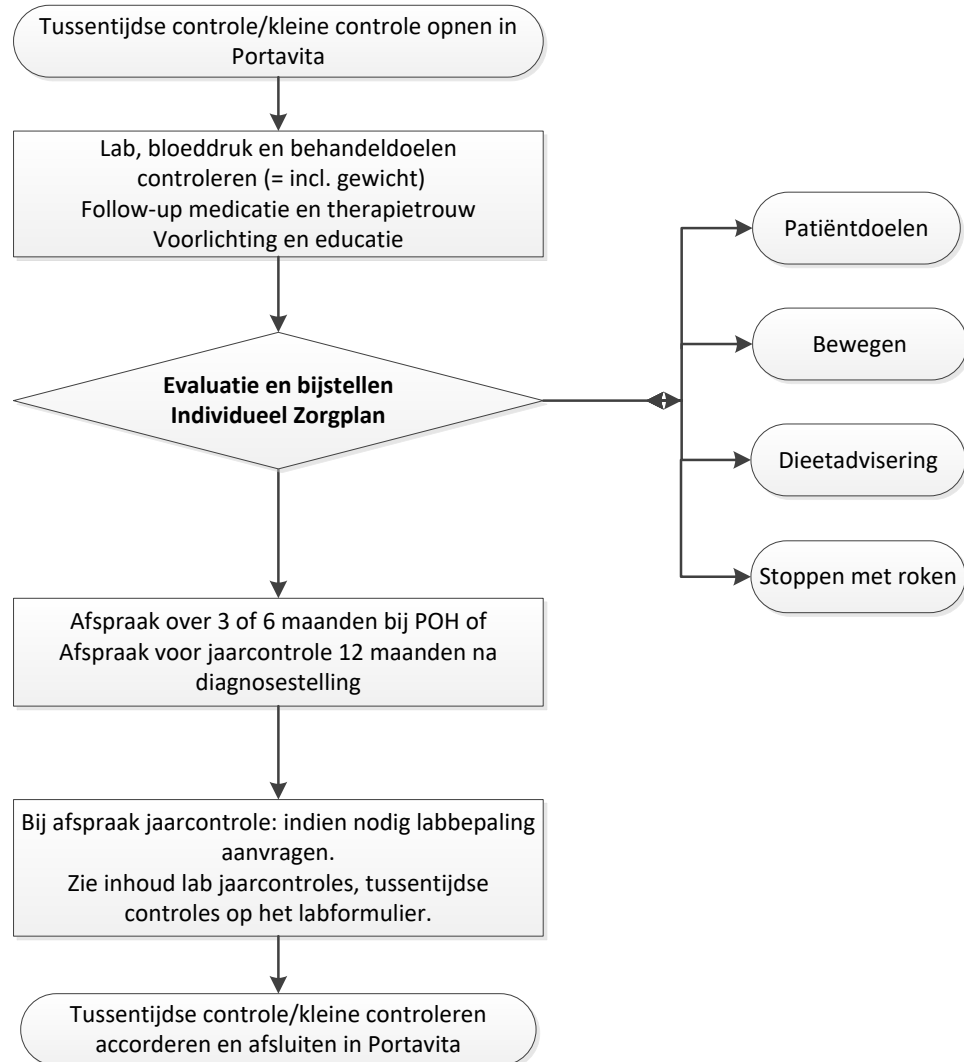
Bijlage 16. Stroomschema consult huisarts bespreking IZP

Huisarts bespreking individueel zorgplan met patient



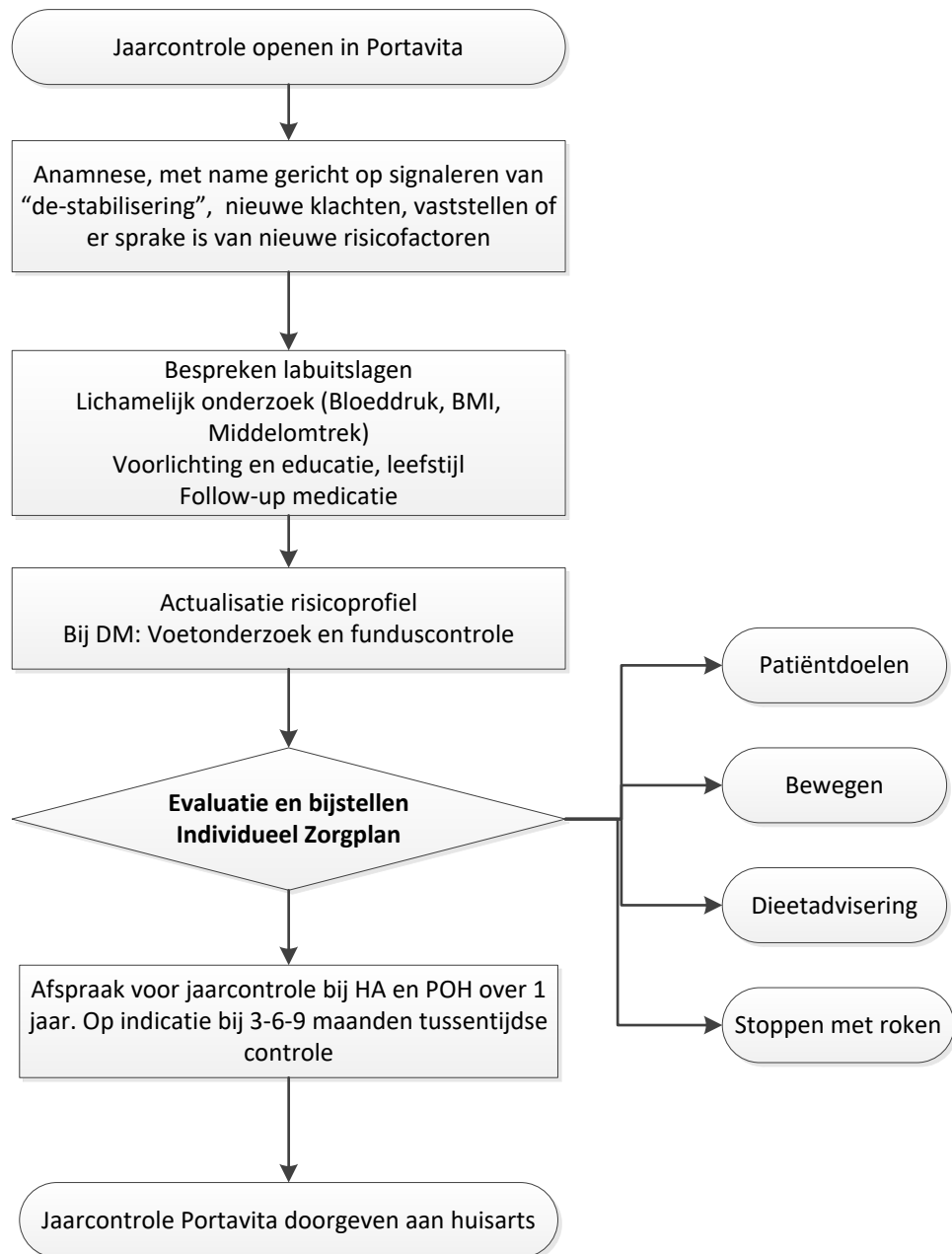
Bijlage 17. Stroomschema consult POH tussentijdse controle

POH Tussentijdse/kleine controle



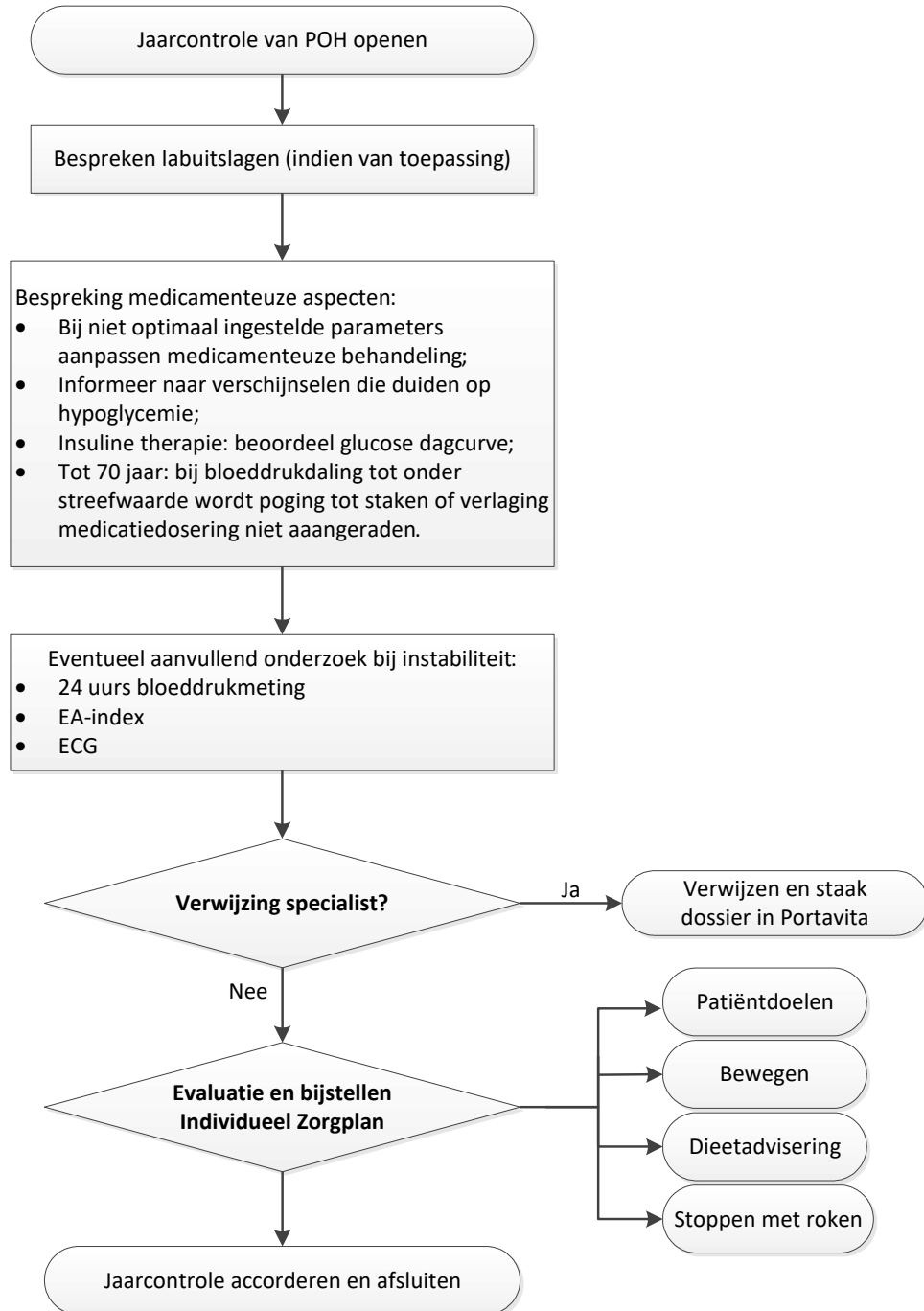
Bijlage 18. Stroomschema jaarcontrole POH

POH Jaarcontrole



Bijlage 19. Stroomschema jaarcontrole huisarts

Huisarts Jaarcontrole



Bijlage 20. Werkwijze aanvragen e-consult medisch specialist Portavita

E-consult bij internist of cardioloog

Huisartsen hebben de mogelijkheid om internisten/cardiologen te raadplegen via Portavita door middel van een E-consult. De reactie van de internist/cardioloog verloopt ook middels Portavita.

Indien u een vraag stelt wordt deze binnen een week door de internist/cardioloog beantwoord.

De e-consultfunctie kan alleen door de huisarts worden gebruikt. Indien de praktijkondersteuner een vraag heeft, zal deze door de huisarts gesteld moeten worden.

Wanneer gebruik ik het e-consult?

De e-consultfunctie is alleen bedoeld voor niet-dringende zaken die via deze weg kunnen worden beoordeeld en beantwoord.

Voorwaarden

Medicatielijst up to date: Via de knop OZIS-medicatie in Portavita is voor de internist/cardioloog altijd een actueel medicatie-overzicht op te halen uit het HIS.

Indien een patiënt verwezen moet worden naar de specialist, gebruikt u geen e-consult. Ook bij een verwijzing niet de behandeling overdragen in Portavita.

Procedure Aanvragen E-consult

Wanneer u een vraag heeft voor de specialist omtrent een patiënt:

- Kies in het patiëntendossier (Overzicht algemeen) voor **Consultatie internist dan wel cardioloog** (linkerkolom).
- Kies voor **Aanvragen**.
- U komt nu in het scherm **Aanvragen Consult Internist of Cardioloog**.
- Vink bij **Aard problematiek** aan om welke problematiek het gaat.
- Typ bij **Vraagstelling** uw vraag aan de betreffende specialist.
- Laat de datum bij **Uitvoeren op datum** staan op de datum die wordt genoemd (huidige datum).
- Voer bij **Aanvragen bij** een ? in. Druk op tab.
- Er opent een scherm met alle organisaties binnen de Zorggroep Gelders Rivierenland.
 - Kies bij consultatie voor: **Interne Geneeskunde Ziekenhuis Rivierenland of Cardiologie Ziekenhuis Rivierenland**
- Vink bij **Informeert mij aan** en evt. een collega, die geïnformeerd dient te worden.
- Kies uw **Vervolgactie** en druk op **Enter**.
- De vraag is verzonden naar de specialist. Deze zal de vraag binnen 5 dagen beantwoorden.

Antwoord e-consult

U vindt binnen 5 werkdagen het antwoord van de specialist op uw werklíjst.

Bijlage 21. Samenvatting NHG Chronische nierschade

Samenvatting: NHG Standaard Chronische nierschade

Richtlijnen Diagnostiek

Ga na of er sprake is van acute of chronische nierschade of een niet-nefrogene oorzaak bij patiënten bij wie een verminderde nierfunctie en/of verhoogde albuminurie gevonden is in het kader van cardiovasculair risico-management, diabetes mellitus, medicatiebewaking (zie *Kader medicatiebewaking*) of bij oriënterend onderzoek.

Anamnese

Ga (aanwijzingen voor) mogelijk etiologische factoren na:

- diabetes mellitus en/of een verhoogde bloeddruk
- primaire nierziekte: bekende nierziekte, recidiverende pyelonefritis en vesico-urethrale reflux, nefrectomie of auto-immuunziekte in de voorgeschiedenis
- familiale nierziekten (bijvoorbeeld ziekte van Alport, cystenieren)
- medicatiegebruik (bijvoorbeeld NSAID's en RAS-remmers)

Lichamelijk onderzoek

- Bloeddruk, lengte en gewicht (bepaling BMI)

Aanvullend onderzoek

- Bepaal eGFR en albumine-creatinineratio (ACR) (zie *Stroomdiagram Diagnostiek chronische nierschade*):
 - < 1 week bij eerste of duidelijk afwijkende bepaling ter uitsluiting acute nierschade én (als dit niet het geval is)
 - na 3 maanden ter bevestiging van de diagnose chronische nierschade.
- Op indicatie: urinesediment, lipidspectrum, glucose, eGFR op basis van serumcystatine-C-gehalte.

Bij vermoeden niet-nefrogene oorzaak verhoogde albuminurie: op indicatie aanvullend laboratoriumonderzoek.

Evaluatie

Maak onderscheid tussen:

- acute nierschade: verwijs met spoed naar de internist-nefroloog;
- geen nierschade: onderschatting GFR of niet-nefrogene oorzaak verhoogde albuminurie;
- chronische nierschade: ≥ 3 maanden verminderde nierfunctie en/of verhoogde albuminurie en/of specifieke sedimentsafwijkingen.

Bij chronische nierschade:

- bepaal het stadium van de eGFR en de albuminurie;
- bepaal de risicocategorie (zie *tabel 1*);
- evalueer de oorzaken van de nierschade;
- evalueer het beloop van de nierschade;
- weeg bij een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit samen met de patiënt voor- en nadelen van een strikte (medicamenteuze) behandeling af.

Richtlijnen Beleid

Voorlichting

Licht de patiënt voor over:

- aard en normale beloop chronische nierschade, verhoogd cardiovasculair risico
- belang gezonde leefstijl
- nefrotoxische geneesmiddelen en zelfzorgmiddelen (zoals NSAID's)
- dosisaanpassing bekende/nieuwe medicatie

- beleid bij dreigende dehydratie (hoge koorts, fors braken of forse diarree, met name bij gebruik RAS-remmers, diuretica en/of NSAID's)
- het doorgeven van de nierfunctie aan apotheker, toestemming en rol patiënt
- jaarlijkse influenzavaccinatie (met name bij een matig of sterk verhoogd risico, zie *tabel 1*)
- controleafspraken

Niet-medicamenteuze behandeling

Geef de volgende leefstijladviezen: streef naar gezond lichaamsgewicht, beweegadvies conform de Norm Gezond Bewegen, stop roken en beperk zoutinname tot maximaal 6 gram (keukenzout (NaCl)) per dag.

Beleid bij (dreigende) dehydratie:

- Overweeg controle van de patiënt en bepaling eGFR, kalium, natrium.
- Overweeg op grond van het klinisch beeld (en eventuele laboratoriumuitslagen):
 - (tijdelijk) diuretica te staken en de dosering van RAS-remmers te halveren;
 - bij patiënten met hartfalen: de dosering van diuretica én RAS-remmers (tijdelijk) te halveren;
 - bij gebruik van NSAID's: staak deze in ieder geval tijdelijk maar zo mogelijk helemaal.

Medicamenteuze behandeling

- Cardiovasculair risicomanagement (zie *tabel 1*):
 - (zeer) hoog risico (oranje/rood): leefstijladviezen en medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en/of LDL > 2,5 mmol/l
 - matig verhoogd risico (geel): leefstijladviezen en schatting cardiovasculair risico met chronische nierschade als additionele risicofactor (één risicocategorie omhoog in de CVRM-risicotabel: zie NHG-Standaard CVRM)
- Behandeling verhoogde bloeddruk:
 - streefwaarde bloeddruk: \leq 130/80 mmHg
 - individualiseer de streefwaarden met name op basis van leeftijd, aard nierziekte en comorbiditeit
 - bij matig/sterk verhoogde albuminurie: voorkeur RAS-remmer, controle kalium en eGFR na 1-2 weken

Kader Medicatiebewaking

Bij patiënten met chronische nierschade

- Maak bij een eGFR < 60 ml/min/1,73 m² een ICPC-code aan voor nierinsufficiëntie en activeer de medicatiebewaking in het HIS.
- Geef de actuele eGFR door aan de apotheker bij het voorschrijven van medicatie.
- Pas zo nodig de dosering aan van bekende en nieuwe medicatie.
- Bij het voorschrijven of gebruik van medicatie die de nierfunctie negatief kan beïnvloeden:
 - heroverweeg de noodzaak van gebruik van medicatie die de nierfunctie negatief kan beïnvloeden;
 - voorkom het gebruik van nefrotoxische medicatie, zoals NSAID's.

Medicatiebewaking bij ouderen bij wie geen (recente) nierfunctie bekend is

- Bepaal de nierfunctie bij patiënten ouder dan 70 jaar bij wie de nierfunctie onbekend is of langer dan 1 jaar geleden bepaald is, én:
 - medicatie wordt voorgeschreven die bij een verminderde nierfunctie gecontra-indiceerd is of aanpassing behoeft, óf
 - medicatie wordt voorgeschreven die achteruitgang van de nierfunctie kan veroorzaken.

Controles

Evalueer het beloop van de nierschade (controlefrequentie zie tabel 1. in deze bijlage)

- Besteed aandacht aan:
 - mate van nierschade: eGFR en ACR
 - cardiovasculair risicoprofiel, waaronder bloeddrukmeting
 - niet-medicamenteuze adviezen, zoals leefstijladviezen en medicatiegebruik, ook zelfzorgmiddelen
 - bij gebruik RAS-remmer of diureticum: minimaal jaarlijkse controle kalium

Consultatie en verwijzing

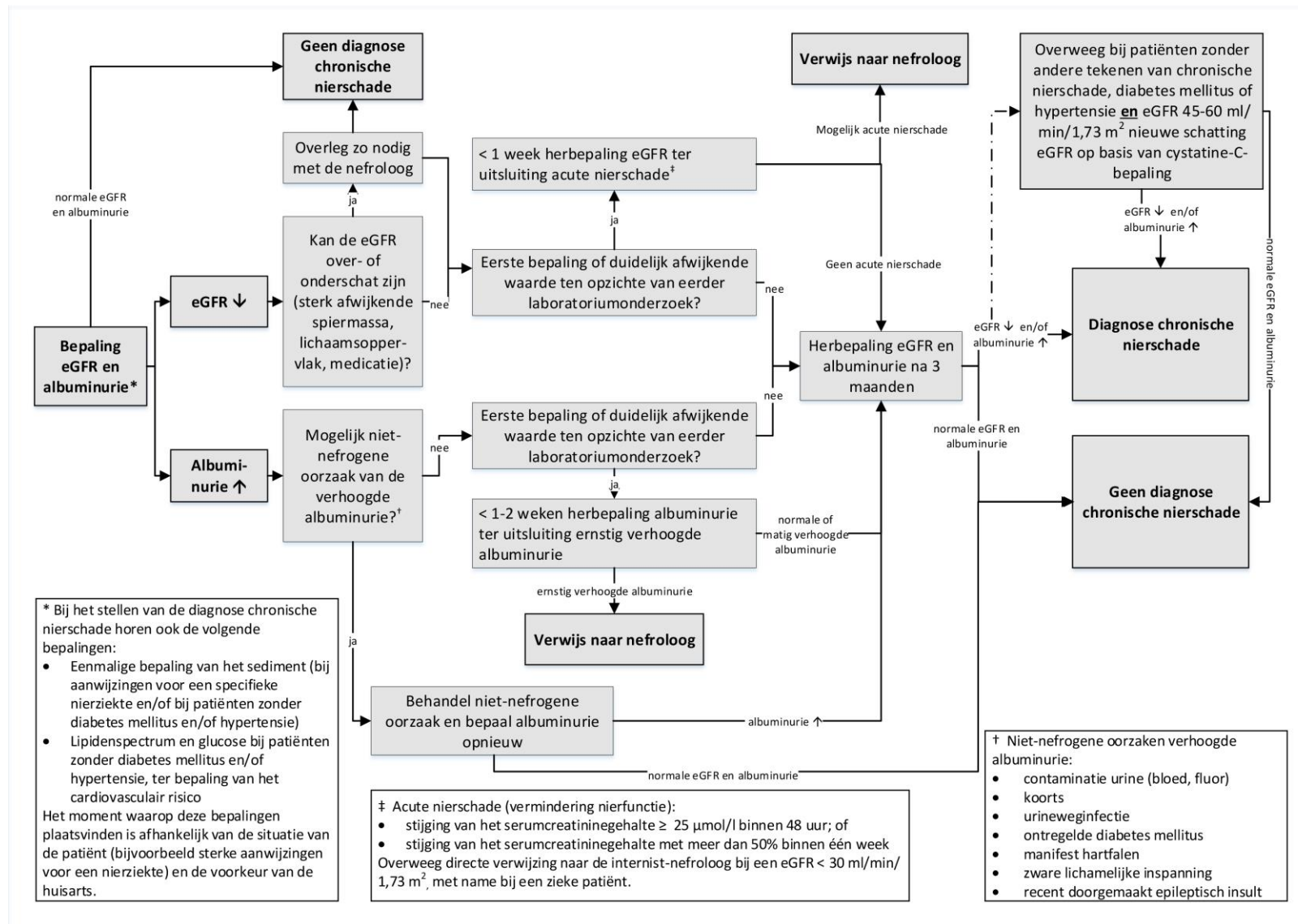
Overweeg verwijzing naar de *diëtist* bij therapieresistente hypertensie en/of gebruik van een RAS-remmer voor evaluatie en beperking van de zoutinname.

Verwijs naar de *internist-nefroloog* bij:

- (vermoeden) acute nierschade
- vermoeden onderliggende specifieke nierziekte
- ernstig verhoogde albuminurie: ACR > 30 mg/mmol
- chronische nierschade met sterk verhoogd risico (rode risicocategorie)
- progressie chronische nierschade:
 - een bevestigde daling van de eGFR van 25% ten opzichte van de eerste meting in de afgelopen vijf jaar, in combinatie met een verslechtering in stadium van nierschade, of:
 - daling van de eGFR ≥ 5 ml/min/1,73 m²/jaar, vastgesteld met ≥ 3 metingen in één jaar

Overweeg niet te verwijzen bij beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit.

Stroomdiagram Diagnostiek chronische nierschade



Tabel 1. Beleid bij chronische nierschade afhankelijk van stadiëring

Dit betreft de stadiëring van chronische nierschade op basis van eGFR en albumine-creatinineratio en daaraan gekoppelde risicoschatting op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit

Risicocategorieën: ■ Geen CNS ■ Mild verhoogd risico ■ Matig verhoogd risico ■ Sterk verhoogd risico

Nierfunctie (eGFR) in ml/min/1,73 m ²	Albuminuriestadia (ACR: albumine-creatinineratio in mg/mmol)		
	< 3 Normaal (A1)	3 - 30 Matig verhoogd (A2)	> 30 Ernstig verhoogd (A3)
≥ 60 Hoog normaal of mild afgenomen (G1, G2)	<ul style="list-style-type: none"> • Geen controle 	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Cardiovasculaire risicoschatting, CNS als additionele risicofactor meewegen • Controle 1 x per jaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/l; individualisering streefwaarden; voorkeur: RAS-remmer • Influenzavaccinatie • Controle 2 x per jaar • Verwijzing internist-nefroloog
45-59 Mild tot matig afgenomen (G3A)	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Cardiovasculaire risicoschatting, CNS als additionele risicofactor meewegen • Controle 1 x per jaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/l; individualisering streefwaarden, voorkeur: RAS-remmer • Influenzavaccinatie • Controle 2 x per jaar 	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/l; individualisering streefwaarden, voorkeur: RAS-remmer • Influenzavaccinatie • Controle 2-4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing internist-nefroloog
30-44 Matig tot ernstig afgenomen (G3B)	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/l; individualisering streefwaarden • Influenzavaccinatie • Controle 2 x per jaar 		
15-29 Ernstig afgenomen (G4)	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/l; individualisering streefwaarden • Influenzavaccinatie • Overweeg nierfunctievervangende therapie • Controle 2-4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing internist-nefroloog 	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Medicamenteuze behandeling bij bloeddruk > 130/80 mmHg en LDL ≥ 2,5 mmol/l; individualisering streefwaarden, voorkeur: RAS-remmer • Influenzavaccinatie • Overweeg nierfunctievervangende therapie • Controle 2-4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing internist-nefroloog 	
< 15 Nierfalen (G5)	<ul style="list-style-type: none"> • Leefstijladviezen, medicatiebewaking • Behandeling gericht op maximaal behoud van nierfunctie en behandeling van symptomen • Influenzavaccinatie • Controle ≥ 4 x per jaar (inclusief metabole complicaties) • Verwijzing internist-nefroloog 		

Bijlage 22. Overzicht afspraken specialisten CVRM en DM Cardiologie Ziekenhuis Rivierenland en Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen

Cardioloog verwijst de volgende patiënten terug naar de huisarts na adequate instelling/stabiele cardiovasculaire situatie na 6-12 maanden:

1. *Angina Pectoris en status na electieve PTCA (Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek) / CABG (Bypass operatie)*
 - in het geval van ongecompliceerde procedures en nadat de dubbele plaatjes remming is gestaakt zonder dat dit heeft geleid tot problemen
 - Patiënten met eenvaatslijden, geen hartfalen of rest ischemie
2. *Infarct met/zonder primaire PTCA (zonder tekenen van rest ischemie of linker ventrikel dysfunctie en goed medicamenteus ingesteld risicoprofiel. Coronaire anatomie zonder resterende significante stenosen).*

Kernpunten

- Patiënt vanaf begin informeren over samenwerking tussen huisarts en cardioloog en mogelijke terugverwijzing naar huisarts bij ongecompliceerd herstel.
- Patiënt die wegens event behandeld is in tweede lijn, wordt voor CVRM zo snel mogelijk in eerstelijnsprogramma opgenomen.
- Bij terugkomende klachten wordt de patiënt laagdrempelig terugverwezen naar de tweedelijns, met name bij patiënten met status na MI of bij tekenen hartfalen of angina pectoris.

Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1^e lijn

- De cardioloog communiceert aan de patiënt dat deze wordt terugverwezen naar de huisarts voor het vervolg van de controles (CVRM-zorgprogramma).
- Patiënten nemen contact op met hun huisarts. Indien dit niet gebeurt zullen patiënten worden opgeroepen door de huisartspraktijk.
- Aan patiënten wordt aangegeven dat zij bij klachten contact op moeten nemen met de huisarts. De huisarts handelt naar bevindingen, verwijst zo nodig opnieuw, en neemt bij spoed contact op met de cardioloog.

Correspondentie aan huisarts bij terug verwijzing naar 1^e lijn

Bij terug verwijzing wordt direct een brief naar de huisarts gestuurd. Hierin staat:

- De patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts voor CVRM zorg (conform het CVRM-zorgprogramma) en dat de reguliere cardiologische controle wordt beëindigd.
óf
- Voor welke zorg de cardioloog behandelaar blijft (bv kleplijden), en voor welke zorg de huisarts hoofdbehandelaar wordt. Dit is altijd de CVRM zorg. Eventuele vervolgccontrole van patiënten wordt benoemd.
- Het te continueren medicatiebeleid wordt benoemd met beoogde streefwaardes. Het verzoek om bij terugkomende klachten de patiënt snel terug te verwijzen, met name bij patiënten met status na MI of bij tekenen hartfalen.

Hernieuwde verwijzing naar specialist

- Bij recidief of verergering klachten (met name bij patiënten met tekenen hartfalen of bij status na MI)

Nota bene

- Na terug verwijzing valt de CVRM behandeling altijd onder regie van de 1^e lijn. De huisarts continueert altijd de door de cardioloog voorgeschreven medicatie. Wijzigingen zullen in overleg met de cardioloog plaatsvinden. Zo mogelijk wordt generieke medicatie voorgeschreven.

- Bij secundaire preventie hanteert de cardioloog een LDL streefwaarde van <1,8 mmol/l. Ook de huisarts zal bij secundaire preventie een LDL <1,8 mmol/l nastreven.
- Indien een patiënt met pijn op de borst op de poli komt, wordt er een brief aan de huisarts gestuurd. In de brief wordt duidelijk gemaakt of de patiënt weer naar de huisarts is verwezen of onder controle blijft bij de specialist.

Internisten Ziekenhuis Rivierenland (CVRM en DM)

Verwijsredenen:

- Hypertensie
- Hyperlipidemie met hoog risico op HVZ / Triglyceriden > 5 mmol/l / Verdening familiale hypercholesterolemie
- Chronische nierschade
- Eventueel instellen GLP-1 receptoragonist
- Slecht in te stellen diabetes
- Instellen / bijstellen insulinetherapie als de huisarts en POH zich daar niet bekwaam in voelen / achten
- Ernstige ontregelingen in diabetes
- Diabetespatiënt met zwangerschapswens

Kernpunten

- CVRM blijft bij de huisarts en aanvullend onderzoek/ behandeling bij internist voor het betreffende item waarvoor patiënt verwezen is.
- Bij verslechtering, dit wil zeggen onvoldoende regulatie van bloeddruk en/of lipiden en bij verslechtering nierfunctie kan patiënt vlot terug verwezen worden naar de internist.

Internist verwijst terug naar huisarts wanneer:

- De streefwaarden waarvoor verwezen is bereikt zijn (of een niet beter resultaat behaald kan worden)
- De oorzaak van een eventuele secundaire hypertensie is behandeld
- Patiënt (weer) adequaat en stabiel is ingesteld op insuline en/of GLP-1 analoog
- Tenzij er sprake is van duidelijke nierinsufficiëntie:
 - ernstige hypertensie;
 - eGFR < 30 ml/min/1,73m²
 - eGFR < 45 ml/min/1,73m² bij mensen met leeftijd < 65 jaar;
 - Proteïnurie > 1 gr/24 uur;
 - Onduidelijkheid t.a.v. oorzaak nierinsufficiëntie.
 - Instelling bij macro-albuminurie duurt doorgaans 1 jaar.
 - Daarna terug verwijzing naar huisarts.
- Patiënten met eGFR tussen 45 en 60 ml/min/1,73m² en een goede bloeddruk instelling worden ook meteen terugverwezen, tenzij er onderliggende of bijkomende aandoeningen bestaan, die aanhoudende controles noodzakelijk maken. Dit wordt dan duidelijk vermeld in de brief naar de huisarts.
- Patient bij herhaling niet op spreekuur komt.

Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1^e lijn

- Internisten communiceren aan de patiënt dat deze wordt terugverwezen naar de huisarts voor het vervolg van de controle (CVRM/DM-zorgprogramma).
- Patiënten nemen contact op met hun huisarts. Indien dit niet gebeurt zullen patiënten worden opgeroepen door de huisartspraktijk.

Correspondentie aan huisarts bij terug verwijzing naar 1^e lijn

Bij terug verwijzing wordt direct een brief naar de huisarts gestuurd. Hierin staat:

De patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts voor CVRM/DM zorg (conform het CVRM/DM-zorgprogramma) en dat de reguliere internistische controle wordt beëindigd. Het te continueren medicatiebeleid (inclusief stopmedicatie) wordt benoemd met beoogde streefwaardes.

Ook in het geval van terugverwijzing wegens het herhaaldelijk niet verschijnen van de patient op het spreekuur, wordt dit in een brief vermeld.

Hernieuwde verwijzing naar specialist

- Bij verslechtering, dat wil zeggen onvoldoende regulatie van bloeddruk en/of lipiden en bij verslechtering nierfunctie.

Neurologie Ziekenhuis Rivierenland

Met betrekking tot: CVA / TIA

Kernpunten

- Bij vermoeden CVA / TIA wordt patiënt zo snel mogelijk verwezen naar de neuroloog. Dit geschiedt door 24/7 telefonisch contact op te nemen met de dienstdoende neuroloog zodat consultatie direct wordt ingepland.
- Bij neurologisch verslechterende situatie of bij recidief TIA's wordt patiënt direct terug verwezen naar de neuroloog.
- Bij een vasculair event wordt door de neuroloog een risico-inventarisatie gedaan en gerichte behandeling ingesteld.
- Patienten die naar huis ontslagen worden krijgen 3 weken na bezoek of opname een (telefonische) afspraak met de neuroloog of CVA verpleegkundige. Er volgt bij iedereen nog een telefonische afspraak met de CVA verpleegkundige na 3 maanden. Patienten die voor een geriatrisch traject naar een verpleeghuis of revalidatie centrum ontslagen worden, worden na 3 maanden nog telefonisch gebeld door de CVA verpleegkundige.

Terugverwijzen naar huisarts wanneer:

- Tijdens de nacontrole op de poli of tijdens het gezamenlijk medisch consult wordt de overdracht naar de huisarts voor (start) CVRM –zorgprogramma secundaire preventie besproken. De huisarts neemt vanaf dat moment de zorg over.
- In sommige gevallen is om neurologische redenen voortgezette follow-up geïndiceerd.
- Een CVA thuiszorgverpleegkundige kan hierin een rol spelen.

Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1^e lijn

- Patiënten nemen contact op met hun huisarts. Indien dit niet gebeurt zullen patiënten worden opgeroepen door de huisartspraktijk.

Correspondentie aan huisarts bij terug verwijzing naar 1^e lijn

Bij terug verwijzing wordt direct een brief naar de huisarts gestuurd. Hierin staat:

- De patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts voor CVRM/DM zorg (conform het CVRM/DM-zorgprogramma) en dat de reguliere neurologische controle wordt beëindigd.
- Het te continueren medicatiebeleid wordt benoemd met beoogde streefwaardes.
- Extra aandacht voor zelfredzaamheid, cognitief functioneren.

Specialisten ouderengeneeskunde Zorgcentra De Betuwe en Zorgcentra Rivierenland

Met betrekking tot: Patiënten die vanuit de stroke-unit voor revalidatie opgenomen zijn.

Terugverwijzen naar huisarts wanneer:

Na afloop revalidatieproces verpleeghuis.

Communicatie aan patiënten bij terug verwijzing naar 1^e lijn

- De specialisten Ouderengeneeskunde communiceren naar patiënt of familie dat deze wordt terugverwezen naar de huisarts voor het vervolg van de controle (voor secundaire preventie conform CVRM/DM-zorgprogramma).
- Patiënten/familie nemen contact op met hun huisarts. Indien dit niet gebeurt zullen patiënten worden opgeroepen door de huisartspraktijk of thuis worden bezocht.

Correspondentie aan huisarts bij terug verwijzing naar 1^e lijn

- De specialisten Ouderengeneeskunde sturen bij terug verwijzing altijd een brief naar de huisarts en geven een kopie mee aan de patiënt.
- Zodra mogelijk de verwijsbrief via edifact versturen. Dit is nu nog niet mogelijk.

Controle bij specialist: Niet van toepassing.

Chirurgie Ziekenhuis Rivierenland

Met betrekking tot: Perifeer vaatlijden

Kernpunten

- Bij een enkel-armindex van lager dan 0,9 en hoger dan 1,4 en/of twijfel over de diagnose en falende looptraining wordt naar de vaatchirurg verwezen.
- Herkenning van en directe verwijzing naar een vaatchirurg is bij patiënten met:
 - verdenking op *acute* ischemie
 - perifeer vaatlijden stadium 3 en 4
 - vermoeden trombose of embolie

Terugverwijzen naar huisarts wanneer:

- Patiënten waarbij geen vaatlijden wordt geconstateerd.
- Deze patiënten worden terugverwezen naar de huisarts voor opname in het CVRM/DM-zorgprogramma (primaire preventie).
- Patiënt met perifeer vaatlijden een endovasculaire interventie door de chirurg heeft ondergaan en een stabiele situatie is bereikt (secundaire preventie).
- Patiënten met Graft surveillance worden wel jaarlijks gedurende 3 jaar teruggezien, maar worden terugverwezen naar de huisarts voor CVRM zorg conform het CVRM/DM zorgprogramma.
- Bij chronische ischaemie type Fontaine II, een EAI tussen de 0,9 en 1,4 en een niet acuut niet vitaal bedreigde situatie, die conservatief kunnen worden behandeld met looptraining en secundaire CVRM.

Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1^e lijn

- Chirurgen communiceren aan de patiënt dat deze wordt terugverwezen naar de huisarts voor het vervolg van de controle (CVRM/DM-zorgprogramma).
- Patiënten nemen contact op met hun huisarts. Indien dit niet gebeurt zullen patiënten worden opgeroepen door de huisartspraktijk.

Correspondentie aan huisarts bij terug verwijzing naar 1^e lijn

Bij terug verwijzing wordt direct een brief naar de huisarts gestuurd. Hierin staat:

- De patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts voor CVRM/DM zorg (conform het CVRM/DM-zorgprogramma) en dat de reguliere chirurgische controle wordt beëindigd.
- Het te continueren medicatiebeleid wordt benoemd.

Nota bene:

Bij progressie van de symptomen van perifere vaatlijden kan patiënt vlot wederom verwezen worden naar de chirurg binnen 1 jaar.

Met betrekking tot: Aneurysma Aortae Abdominalis

Kernpunten in huisartsenpraktijk

- Bij het vermoeden van een asymptomatisch aneurysma aortae abdominalis wordt een echo met voorachterwaartse en dwarse diameter aangevraagd.
- Bij een grootste echo diameter van 3 cm tot 4,0 cm wordt iedere 24 maanden een echo herhaald om groei te kunnen monitoren.
- Verwijzing naar een vaatchirurg vindt plaats bij patiënten met fusiform aneurysma aortae abdominalis van 4,0 cm of meer.
- Bij een sacculair aneurysma wordt de patiënt ongeacht de diameter van het aneurysma direct doorverwezen.
- De huisarts schrijft bij aneurysma aortae abdominalis-patiënten de medicatie voor passend bij secundaire CVRM, (inclusief plaatjesaggregatieremmers).

Terugverwijzen naar huisarts wanneer:

- De diagnose aneurysma aortae abdominalis is gesteld en deze nog geen 4,0 cm in doorsnede is. Er kunnen individuele overwegingen zijn om de patiënt bij de specialist te blijven controleren.
- Na operatie of vaatprothese, nacontrole en stabiele situatie.

Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1^e lijn

- Chirurgen communiceren aan de patiënt dat deze wordt terugverwezen naar de huisarts voor het vervolg van de controle (CVRM/DM-zorgprogramma).
- Patiënten nemen contact op met hun huisarts. Indien dit niet gebeurt zullen patiënten worden opgeroepen door de huisartspraktijk.

Correspondentie aan huisarts bij terug verwijzing naar 1^e lijn

Bij terug verwijzing wordt direct een brief naar de huisarts gestuurd. Hierin staat:

- De patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts voor CVRM/DM zorg (conform het CVRM/DM-zorgprogramma) en dat de reguliere chirurgische controle wordt beëindigd. Bij een bestaand aneurysma valt de patiënt onder secundaire preventie CVRM.
- Het te continueren medicatiebeleid wordt benoemd.

Met betrekking tot: Diabetische voet

Verwijsindicaties voor huisarts en podotherapeut:

- Huisarts overlegt na constatering van een diabetisch voetulcus direct met de podotherapeut of voetenteam.
- Wanneer de podotherapeut een voetulcus constateert neemt hij/zij direct telefonisch contact op met de huisarts en wordt patiënt binnen 3 dagen gezien door de huisarts (of POH volgens het schema). Indien er sprake is van een rode geïnfecteerde pussige ulcus of tekenen van sepsis, dan wordt de patiënt dezelfde dag gezien.
- Bij een oppervlakkig niet-plantair gelokaliseerd ulcus, waarbij geen perifeer vaatlijden en geen infectie bestaat, kunnen podotherapeut en huisarts samen besluiten om tot behandeling over te gaan. Is er na 14 dagen geen duidelijke genezingstendens waarneembaar, verwijst de huisarts de patiënt alsnog naar het voetenteam.
- Een patiënt met een plantair gelegen voetulcus wordt direct verwezen naar het voetenteam.
- Blijkt er sprake van een acute, bedreigende situatie dan neemt de huisarts telefonisch contact op met de (dienstdoende) chirurg.

Verwijzing naar het voetenteam:

- Een patiënt met een plantair gelegen voetulcus wordt onmiddellijk via ZorgDomein verwezen naar het voetenteam. Patiënt krijgt binnen 48 uur een oproep en wordt binnen 7 dagen door het voetenteam gezien.
- Blijkt er sprake van een acute, bedreigende situatie, ischemie en/of infectie, neemt de huisarts binnen kantoor tijden telefonisch contact op met de vaatchirurg via de polikliniek chirurgie (0344-674041) of buiten kantoor tijden met de dienstdoende chirurg via 0344-674911. Patient wordt binnen 24 uur gezien.

Terugverwijzing en rapportage naar huisarts:

- Het voetenteam rapporteert de diagnose en het behandeladvies direct na het 1e polikliniekbezoek aan de huisarts (< 48 uur). In deze brief wordt de wondverpleegkundige als casemanager vermeld. De casemanager zorgt voor de coördinatie van zorg. De casemanager is niet de hoofdbehandelaar.
- Het Voetenteam stuurt de verpleegkundige rapportage inclusief wondbehandelplan naar de thuiszorg en naar de huisarts, direct na het eerste polikliniekbezoeken bij elke wijziging in het wondbeleid.
- Het voetenteam stuurt een 2e brief naar de huisarts ná terugverwijzing naar de 1e lijn inclusief (wond) behandelplan. Hierin wordt vermeld dat de behandeling door het voetenteam wordt afgesloten.
- Het voetenteam verwijst bij een gezezen wond de patiënt door naar een podotherapeut die als casemanager optreedt en de periodieke controles verzorgt.
- Het voetenteam stuurt binnen 48 uur een ontslagbrief na een klinische opname naar de huisarts.
- Terugverwijzing naar de huisarts voor de metabole regulering gebeurt volgens de reeds bestaande afspraken met de internist.

Bijlage 23. Samenstelling Commissie Zorginhoud CVRM/DM

Er is een regionale commissie zorginhoud CVRM/DM met vertegenwoordigers van de huisartsen uit de regio Rivierenland (Zorggroep Gelders Rivierenland en Eerstelijns Centrum Tiel) en het ziekenhuis ZRT. Deze vormen de kern rondom het zorgprogramma CVRM/DM. Daarnaast worden vertegenwoordigers van alle betrokken ketenpartners uitgenodigd op relevante onderdelen in het zorgprogramma.

Samenstelling commissie

Gijsbert van Herwaarden, kaderhuisarts Diabetes Zorggroep Gelders Rivierenland (ZGR)
Marc Huls, kaderhuisarts Diabetes ECT
Joukje van Merkestein, kaderhuisarts Hart- en vaatziekten (CVRM) ZGR en ECT
Suzanne Geerits, huisarts ECT
Paulien van Suilichem, praktijkondersteuner ECT
Hermien Peeters, praktijkondersteuner ECT
Rita van Luunen, praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk Dodewaard, ZGR
José Nijenkamp, ketenconsulent ZGR
Anita Peeters, internist-endocrinoloog ZRT
Margarita van der Hoeven, internist met aandachtsgebied nefrologie ZRT
Coen van der Zwaan, cardioloog ZRT
Frans Brugman, neuroloog ZRT
Claudia Schipper-van Ingen, secretaresse ZGR, notulist
Karin van Mil, coördinator Connect
Nikola Metzger, kwaliteitsmanager ECT
Fransien Verdonk, beleidsmedewerker ZGR, voorzitter

Contactpersonen overige disciplines

Rogier Kropman, vaatchirurg ZRT
Hanneke Evertse, verpleegkundig specialist vaatchirurgie ZRT
Chris Jan Veen, optometrist ZRT
Michiel Flipse, podotherapeut
Lia Hakvoort, apotheker Tiel
Andrea Gnoth/Carianne Weerens, diëtist
Dennis Verweij, fysiotherapeut (namens FysioRivierenland)

Taken commissie zorginhoud

De commissie is verantwoordelijk voor:

- Ontwikkeling, herziening en implementatie van het zorgprogramma CVRM/DM;
- Het bewaken van de voortgang van het zorgprogramma CVRM/DM d.m.v. het bespreken en analyseren van de rapportages indicatoren CVRM/DM;
- Het structureel informeren en overdragen van de voortvloeiende activiteiten uit het zorgprogramma CVRM/DM binnen de eigen organisatie;
- Organiseren en bewaken van patiëntperspectief;
- Onderhouden contacten met alle ketenpartners bij de CVRM/DM -zorg;
- Scholing en deskundigheidsbevordering CVRM/DM.

De leden van de commissie zijn vervolgens verantwoordelijk voor:

- Het bewaken van de voortgang van het zorgprogramma CVRM/DM binnen de eigen organisatie. O.a. door:
 - o Bespreken en analyseren van de rapportages indicatoren;
 - o Feedback aan zorgverleners bijv. m.b.v. spiegelbijeenkomsten;
 - o Gerichtte verbeteracties ondernemen bij achterblijvende resultaten;
 - o Evaluatie en borging van de gemaakte afspraken binnen de eigen organisatie.

Vergaderfrequentie en inhoud vergaderingen

De commissie komt 2x per jaar bijeen. Zo nodig kan er met subgroepjes vaker bijeen worden gekomen. Tijdens de vergaderingen komen de volgende thema's aan bod:

1. Implementatie en voortgang CVRM/DM-programma.
2. Kwaliteitsbeleid, rapportages indicatoren.
3. Evaluatie onderlinge samenwerking in de keten.
4. Patiëntenvoorlichting en betrokkenheid patiënten.
5. Opzetten en evaluatie projecten en verbeterplannen.
6. Scholing en deskundigheid.