

Cardiovasculair Risicomanagement

Regionale Transmurale Afspraak Zuidoost Brabant

Doelstelling

Afstemming beleid rond screening, diagnostiek en behandeling van patiënten met een hoog of zeer hoog cardiovasculair risico (conform de vigerende richtlijnen, dus ook voor diabetes patiënten) in de eerste- en tweedelij.

Beleid eerste lijn (inclusief verwijzbeleid)

Doelgroepen voor inventarisatie naar cardiovasculair risico

Stel (conform NHG richtlijn) een cardiovasculair risicoprofiel op bij patiënten met een verhoogd risico, zoals bij:

- Doorgemaakte hart- en vaatziekte
- Diabetes mellitus (DM)
- Chronische nierschade
- Belaste familieanamnese voor premature hart- en vaatziekten
- Vermoeden van erfelijke dyslipidemie (zie NHG-Standpunt Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie)
- Bekend aanwezige risicofactoren, zoals roken, obesitas ($\text{BMI} \geq 30$), verhoogde bloeddruk of cholesterol
- COPD
- Reumatoïde artritis

Extra regionale afspraak:

Maak een risico inventarisatie bij mensen met:

- Artritis psoriatica
- Antiretrovirale therapie (waaronder hiv)
- Hypertensieve aandoeningen en diabetes rondom zwangerschap (RTA in ontwikkeling)

Overweeg (conform NHG-richtlijn) om een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen bij patiënten met:

- Ankyloserende spondylitis,
- Artritis
- Jicht
- Kanker in het verleden waarvoor chemotherapie of bestraling
- Inflammatoire darmziekte
- Obstructief slaapapneusyndroom,
- Ernstige psychiatrische aandoening
- Overgewicht ($\text{BMI} \geq 25$)
- Een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara), Hindoestaanse, Aziatisch-Surinaamse of Caribische achtergrond.

Een systematische schatting van het risico op hart- en vaatziekten bij mannen <40 jaar en vrouwen <50 jaar zonder bekende risicofactoren is niet zinvol.

Streven is om kort na een event altijd een eenmalig consult te laten plaatsvinden in de tweedelij met als doel een risico screening en een advies aan de patiënt en de eerstelij.

Anamnese

Vraag naar:

- Leefstijl: Roken, voeding (in het bijzonder sterk bewerkte producten, zout en verzadigde vetzuren), alcoholgebruik en lichamelijke activiteit (zie NHG-Praktijkhandleiding leefstijl voor huisartsen);

- Psychosociale risicofactoren, zoals lage sociaal-economische status, stress op het werk en in het gezin, sociaal isolement, psychiatrische aandoening;
- Gebruik van NSAID's, orale anticonceptiva, drop, drugs (amfetamine, cocaïne);
- Slaapapneusyndroom;
- Aanwijzingen voor secundaire oorzaak (bij circa 5-15%) van een verhoogde bloeddruk:
 - Leeftijd <35jr,
 - In korte tijd ontstaan,
 - Aanvalsgewijs optredend,
 - Therapieresistentie: blijvende hypertensie bij ≥ 3 middelen gedurende 3-6 maanden, waarbij geverifieerd is dat de patiënt therapietrouw is,
 - Hypokaliaëmie,
 - Nierinsufficiëntie bij aanvang of ontstaan onder therapie,
 - Albumine-creatinineratio (ACR) in urine >30 ,
 - Erythrocyturie.

Lichamelijk onderzoek

- Bloeddruk
Aanwijzingen: beiderzijds meten, gebruik voor de risicoschatting meerdere (spreekkamer)metingen. Bij verhoogde bloeddruk gevolgd door geprotocolleerde thuismeting of een 24 uurs meting, of evt. een 30 minuten meting.¹
- Pols: frequentie en ritme (in verband met casefinding atriumfibrilleren).
- Gewicht, BMI, aangevuld met middelomtrek.

Geschatte bloeddrukwaarden bij verschillende meetmethoden corresponderend met spreekkamermetingen van 140 en 180 mmHg (Tabel 6 NHG richtlijn CVRM)		
Spreekkamermetingen	140 mmHg	180 mmHg
24 uursbloeddrukmeting	130 mmHg	165 mmHg
Geprotocolleerde thuismeting	135 mmHg	170 mmHg
BP30-meting ²	135 mmHg**	170 mmHg

Aanvullend onderzoek

Voor risicoschatting doe de volgende aanvullende onderzoeken:

- Niet-nuchter lipidenspectrum;
- Glucose;
- Na en K;
- Kreatinine en eGFR;
- Albumine-creatinineratio (ACR) in urine;
- Eenmalig Lp(a); in tweedelijns wordt Lp(a) na een event bepaald, gezien dit een onafhankelijke risicofactor voor cardiovasculaire events is. Een Lp(a) bepaling is te overwegen bij twijfel over wel of niet behandelen: bepaal dan eenmalig Lp(a) i.p.v. calciumscore. Denk ook aan Lp(a) bepaling bij de 'jongere' patiënten. (NB: Familie anamnese (HVZ) en onder de 60 jaar). Voor meer informatie over Lp(a), zie bijlage 1.

¹ Houd bij de interpretatie van alternatieve meetmethoden van de bloeddruk rekening met structurele verschillen met de spreekkamerbloeddruk. In de literatuur zijn de berekeningen van risico en streefwaarden gebaseerd op de spreekkamerbloeddruk.

² Indicatieve schatting: de BP30-meting is minder goed onderzocht.

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling bij een verhoogd risico volgens de risicotabel

Zelfmanagement en leefstijl

- Geef uitleg over de hoogte van het risico op hart- en vaatziekten, en maak daarbij waar mogelijk gebruik van data en instrumenten (bijv. [U-prevent](#), SCORE2 (OP)).
- Leg uit dat dit risico verlaagd kan worden door leefstijlaanpassing en, indien geïndiceerd, door gebruik van cholesterol- en/of bloeddrukverlagende medicatie.
- Elke professional brengt leefstijl (bijv. aan de hand van positieve gezondheid/leefstijlroer) in elk consult ter sprake. Denk daarbij bijv. aan:
 - Stoppen met roken/vapen, met ondersteunend programma;
 - Gezonde voeding, d.m.v. de schijf van vijf, zoutbeperking
 - Lichaamsbeweging: minimaal volgens de Nederlandse norm gezond bewegen
 - Alcoholbeperking;
 - Stressreductie;
 - Gezond gewicht;
 - Voldoende slaap;
 - Drugs (ook lachgas);
 - Anabole steroïden.
- Stimuleer zelfmetingen en bepaal samen met de patiënt de individuele streefwaarden (dit kan ook de streefwaarde zijn, die de specialist aangeeft of die uit de richtlijn komt).
- Handel conform gezondheidspad leefstijl, zie bijlagen 2a t/m 2d.
- Wijs patiënten op de verschillende mogelijkheden bij het omgaan met cardiovasculair risico, zie bijlage 3, waarin is opgenomen welke instrumenten voor patiënten beschikbaar zijn, op de verschillende aspecten van CVRM.
- Overweeg verwijzing naar groepszorg, zie bijlage 4.

Medicamenteuze behandeling bij een zeer hoog en hoog risico

Zie formularium CVRM.

Controles

Bij alle patiënten, inclusief niet medicamenteus behandelde patiënten:

- Leefstijl
- Bloeddruk en pols
- Gewicht en evt. buikomvang

Na start medicatie, naast bovenstaande:

- Informeer naar bijwerkingen
- Waar nodig herhaal laboratorium diagnostiek (conform NHG standaard)
- Bloeddruk (bij voorkeur geprotocolleerde thuismeting)

Indien de streefwaarde bloeddruk niet behaald wordt, volg het stappenplan uit de NHG standaard en heb aandacht voor:

- Therapietrouw
- Bloeddrukverhogende factoren (bijv NSAID, zout, drop, stress, alcohol, gewichtstoename)
- Een mogelijke secundaire oorzaak van hypertensie (zie opmerkingen bij [anamnese](#)).

Jaarcontrole bij goed ingestelde patiënt

- (Thuis gemeten) bloeddruk, pols, gewicht, BMI en intoxicaties (roken, alcohol, drugs).

- Niet-nuchter lipidenspectrum³;
- Glucose;
- Na en K;
- Kreatinine en eGFR;
- Albumine-creatinineratio (ACR) in urine.

Consultatie / Verwijzen

Voordat wordt overgegaan tot consulteren/verwijzen wordt overlegd tussen de POH en de eigen huisarts. Indien nodig kunnen zij een digitaal consult bij kaderhuisarts aanvragen. Deze kan adviseren over de behandeling van de patiënt en kan ook adviseren over een evt. vervolgstap, zoals een telefonisch consult, digitaal consult of verwijzing naar de tweedelij.

Verwijzen naar de tweedelij, of meedenkconsult met de tweedelij kan geïndiceerd zijn bij:

- Het niet behalen van de streefwaarden, ondanks het volgen van het stappenplan uit de NHG-richtlijn CVRM:
 - Glucosestofwisselingsstoornis is uitgesloten en/of adequaat behandeld;
 - Volledig lipidenspectrum is bepaald;
 - De bloeddruk is adequaat gereguleerd, of hypertensie is vastgesteld ondanks medicamenteuze behandeling met 3-4 antihypertensiva én gemeten door middel van een 24-uurs bloeddrukmeting;
 - Bij reactie op medicamenten, zoals een statine-intolerantie, conform [ESC consensus statement](#).
- Familiaire dyslipidemie
(Vermoeden) Familiaire hypercholesterolemie (FH) altijd verwijzen naar de tweedelij, gezien strikte streefwaarden;
- Prematuur, familiair of onbegrepen vaatlijden voor verdere analyse naar zeldzame oorzaken;
- Verdenking secundaire hypertensie;
- Albumine-creatinineratio (ACR) in urine >30, of patiënten <65 jaar en een eGFR <45 ml/min/1.73m², of patiënten ≥65 jaar en een eGFR <30 ml/min/1.73m²;
- Verdenking op hypertensie gemedieerde orgaanschade (HMOD);
- Voor verwijzing bij (nieuwe) HVZ gelden de vigerende richtlijnen (zie NHG standaard); Bij een sterk belaste familieanamnese met plotse hartdood op jonge leeftijd kan verwijzing naar cardioloog of klinisch geneticus zinvol zijn.

Verwijs bij achteruitgang nierschade naar internist-nefroloog conform RTA chronische nierschade.

Spoed verwijzing:

- Bij verdenking op maligne hypertensie dient de patiënt direct te worden verwezen naar de internist.

In de verwijsbrief (die moet voldoen aan de [HASP-richtlijn](#)) vermeldt de huisarts de volgende items, inclusief documentatie:

- Reden van verwijzing (vraagstelling en verwachting (bijv. consult, overname behandeling) en in lijn hiermee worden verwachtingen van patiënt gemanaged)
- Symptomatologie en beloop van de aandoening/klachten
- Diagnostische twijfel, bij voorkeur met een DD
- (Psycho)sociale omstandigheden van de patiënt indien relevant voor de specialist
- Voorgeschiedenis t.a.v. leefstijlfactoren zoals genoemd [bij zelfmanagement en leefstijl](#)
- Ingestelde behandeling/medisch beleid tot nu toe
- Actuele medicatie (bij voorkeur ook relevante niet-recept plichtige (zelfzorg)medicatie, [bijv.](#) NSAID's)
- Vermeld de stopreden van eerder voorgeschreven medicatie die gestaakt is en die relevant is voor de specialist. (NB: Bij verwijzing voor PCSK9-remmer bij vermeende statine-intolerantie,

³ Op indicatie kan hiervan afgeweken worden.

vermeld de naam én data van de verschillende gebruikte statines.) Meetwaarden: zoals genoemd bij [anamnese/aanvullend onderzoek](#)

- Indien aanwezig, uitslagen van aanvullend onderzoek.

De eerstelijns zorgverlener verzorgt op de volgende momenten (tot het eerste consult) een update naar de specialist:

- Als zich een wijziging in het beloop voordoet en/of een nieuwe uitslag bekend is.
- Bij een (veranderde) diagnose en/of een behandeling met belangrijke impact inzet of wijzigt, zoals nieuwe medicatie, medicatie wijziging of stoppen van medicatie.
- Bij besluiten in het kader van proactieve zorgplanning.
- En altijd bij overlijden van de patiënt.

Beleid tweedelijns (inclusief terugverwijsbeleid)

In de tweedelijns worden streefwaarde(n) vastgesteld onder meer t.a.v. bloeddruk, antistolling en cholesterol en wordt de patiënt behandeld en begeleid. Bij voorkeur zorgt de tweedelijns zorgverlener ervoor dat de gewenste streefwaarden bereikt worden, alvorens de patiënt terug te verwijzen naar de eerstelijns. Als deze nog niet bereikt zijn bij overdracht geeft de specialist aan welke stappen ondernomen dienen te worden om deze streefwaarde(n) te bereiken EN wat er dient te gebeuren indien deze streefwaarde(n) niet worden bereikt.

Een andere reden om de patiënt terug te verwijzen is als er geen behandelopties meer zijn binnen het eigen specialisme.

Na onderzoek en behandeling in de tweedelijns wordt de patiënt, indien stabiel, terugverwezen naar de eerstelijns voor het opvolgen van de ingestelde behandeling en voor begeleiding van leefstijlaanpassingen. De specialist benadrukt het belang van verdere begeleiding in de eerstelijns. De eerstelijns ontvangt een terugverwijsbrief, de patiënt wordt uitgenodigd op het spreekuur van de huisarts/POH. De patiënt wordt gewezen op de eigen verantwoordelijkheid, om alsnog een afspraak te maken als geen contact opgenomen wordt.

De volgende patiënten worden verwezen naar de vasculair internist/vasculaire poli:

- Onbegrepen re-event binnen 1 jaar.
- Leeftijd <60 jaar
- Mensen met een erfelijke/familiaire aandoening: familiale hypercholesterolemie, familiair belast voor trombose/longembolie.
- Patiënten die een event hebben doorgemaakt, maar waar de cardioloog/neuroloog geen atherosclerose of macro vasculaire afwijkingen heeft kunnen vaststellen.
- Patiënten <60 jaar krijgen aanvullend onderzoek in de tweedelijns i.v.m. mogelijk onderliggend(e) risico/aandoening:
- Volledige risico-inventarisatie;
- Leefstijlgesprek;
- Medicatie voor reductie van het vasculair risico.

En worden vervolgens terugverwezen naar de eerstelijns.

Informatie-uitwisseling van tweedelijns naar eerstelijns:

Bij tussentijdse terugkoppeling en na ontslag uit/ einde behandeling in ziekenhuis wordt een brief gestuurd door cardioloog/neuroloog/vaatchirurg/internist/cardioloog (conform HASP-richtlijn) waarin onderstaande zaken staan vermeld:

- Reden opname
- Diagnose, waarbij de correcte terminologie wordt gebruikt (ChadsVa)
- Onderliggend lijden/oorzaak
- Medicamenteuze behandeling (NB: bij dubbele antistolling geeft de voorschrijver in de tweedelijns (voorschrijvend specialist) een stopdatum in het recept en evt. medicatievoorkeuren).
- Andere behandeling die gestart is, bijv. leefstijlaanpassingen; met vermelding welke in de eerstelijns gecontinueerd dienen te worden en wat besproken leefstijlaanpassingen zijn.
- Meest recente lab uitslagen en bloeddrukwaarden.

- Gewenste individuele streefwaarden voor bloeddruk en LDL-C/non-HDL, zowel wanneer deze in lijn zijn met huidige streefwaarden als wanneer hier bewust van afgeweken wordt (bijv bij een LDL-C <1,4 bij pt >70jr). Evt. wordt een toelichting op de streefwaarde gegeven (waarom afgeweken wordt van de standaard).
- Evt. gewenste toevoegingen aan het jaarlijkse labonderzoek (eerstelijns zorgverlener regelt dit dan samen met het jaarlijkse CVRM lab)
- Welke onderdelen de tweedelijns verder oppakt en dat/of er sprake is van shared care
- Conclusies

NB: vermijd afkortingen

Shared care

Behandeling van de vasculaire risicofactoren vormt een integraal onderdeel van de persoonsgerichte zorg voor de patiënt na een (cardio)vasculair event. In principe wordt deze zorg (levenslang) geleverd door de huisartspraktijk met haar ketenpartners in het betreffende zorgprogramma.

Bij een aantal patiënten blijven gedurende langere of kortere tijd ook specialistische controles nodig, vooral in het kader van het orgaanlijden (ziektenmanagement). In die gevallen kan shared care worden toegepast. Uitgangspunt bij shared care is dat er een gezamenlijk doel en gezamenlijke verantwoordelijkheid is.

Vertrekpunten zijn:

- Risicomanagement bij patiënten met een hoog risico op hart- en vaatziekten (uitgezonderd FH) wordt door de eerstelijns gedaan
- Zorg na een event: eerstelijns (risico) en tweedelijns (ziekte) samen, indien geïndiceerd kan het risicomanagement ook in de tweedelijns plaatsvinden; hierover wordt de eerstelijns dan ingelicht (er is dan geen sprake van shared care).

Communicatie tussen eerste- en tweedelijns vindt altijd (ook) schriftelijk plaats.

Indien een patiënt voor zijn diabetes naar de tweedelijns wordt verwezen, neemt de tweedelijns het volledige CVRM over. Indien een patiënt met diabetes voor hypertensie of hyperlipidemie naar de tweedelijns wordt verwezen, maar diabeteszorg in de eerstelijns hoort/kan, wordt alleen de gevraagde zorg overgenomen en blijven overige controles in de eerstelijns.

Werkafspraken bij shared care

- De patiënt en diens behandelaars zijn op de hoogte van de shared care samenwerking, de tweedelijns neemt hiertoe het initiatief en communiceert dit met de patiënt.
- De gegeven adviezen worden, waar mogelijk, in de eerstelijns opgevolgd, als dit niet lukt dan vindt afstemming met de tweedelijns plaats
- De door de specialist voorgeschreven medicatie voor CVRM wordt gehandhaafd in de eerstelijns, en vice versa in de tweedelijns, tenzij deze door bijwerkingen of niet behalen van streefwaarde moet worden bijgesteld. De eerstelijns is na overdracht van de CVRM zorg verantwoordelijk voor de CVRM herhaalmedicatie. Bij onduidelijkheid; overleg met elkaar.
- De huisarts zorgt dat de tweedelijns ten tijde van het bezoek aan de medisch specialist op de hoogte is van het behandelplan van de patiënt. Hierin staan ook de bloeddrukmetingen, lab waarden, medicatiegebruik, individuele leefstijldoelen en plannen, zodat er borging is voor gezamenlijke monitoring.
- De tweedelijns zorgt dat de eerstelijns ten tijde van het consult bij de eerstelijns zorgverlener inzage heeft in de toegepaste zorg in de tweedelijns.
- De eerstelijns zorgverleners zijn verantwoordelijk voor de laboratoriumbepalingen in het kader van CVRM lab.

Bijlagen en links

- Formularium
- Informatie over Lp(a), zie bijlage 1.

- [NHG-standpunt Zelfmetingen bij telemonitoring voor huisartsen](#)
 - [Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist](#)
 - Handel conform gezondheidspad leefstijl, zie bijlagen 2a t/m 2d
 - Voor verwijzing naar groepszorg, zie bijlage 2d.
 - Overzicht verschillende mogelijkheden bij het omgaan met cardiovasculair risico, zie bijlage 3.
- Meer [informatie](#) over leefstijlgeneeskunde

Namens huisartsen:

Geert Smits, kaderhuisarts Pozob
Liedewei van Waes, kaderhuisarts Stroomz

Namens regionale internisten:

Eveline Besselaar-Niemantsverdriet, Catharina Ziekenhuis
Louis Lieverse, Máxima MC
Alexander Stork, Anna Ziekenhuis

Namens verpleegkundig specialisten/ verpleegkundigen:

Daan van den Bersselaar, Catharina Ziekenhuis
Astrid Geerlings-Rovers, Anna Ziekenhuis
Miriam van der Kolk, Pozob
Nic Lexmond, Pozob
Marianne Schippers, Máxima MC
Marly Verheijden, Stroomz

Namens de transmurale zorg:

Yvonne van Oosterhout, HaCa, Catharina Ziekenhuis
Peter van Heesch, THEMA, Anna Ziekenhuis

Regionale referenten:

Jolanda Broers en Chantal Hooijen, verpleegkundig consulenten bij Pozob
Jaap Kroon en Nikol Snoeren, kaderhuisartsen diabetes bij Pozob
Lian van Gurp, kaderhuisarts bij Stroomz
Karin de Bijl, POH bij Stroomz
Ruud Spee en Frank Gommans, namens Netwerk Hartfalen, NHN
Roel Vaes, vaatchirurg Máxima MC
Boudewijn Klop, namens Netwerk Atriumfibrilleren, NHN
Sabine Janssen, neuroloog Anna Ziekenhuis
Hart- en Vaatcentrum Catharina Ziekenhuis (Pepijn van der Voort, cardioloog; Philippe Cuypers, vaatchirurg; Inge van Uden en Rob Gons, neurologen)

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, THEMA, TransMáx en huisartsen zorggroepen Pozob en Stroomz. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van de landelijke en Europese richtlijnen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van HaCa.

© 2025 HaCa