

## Praktijkwijzer CVRM voor de huisartsenpraktijk

Onderstaande stappenplan horen bij het processchema CVRM – 2021 Syntein.

De uitwerking is gebaseerd op [Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#) 2019.

Stap	Wat	Wie
1	<p><b>(terug) Verwijzen patiënt naar huisarts - zeer hoog risico (HVZ) patiënten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Patiënten die reeds een hart- of vaatziekte hebben doorgemaakt (HVZ) worden indien mogelijk (conform afspraken RTA) na behandeling door de specialist terugverwezen naar de huisarts middels een retourbericht.</li> <li>De specialist vraagt de patiënt contact op te nemen met de huisartsenpraktijk.</li> </ul>	Specialist
2	<p><b>Verwerken specialistenbrieven:</b> (aanpassen HB, informeren POH en patiënt uitnodigen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De specialistenbrieven worden door huisarts gezien en gekoppeld.</li> <li>Het hoofdbehandelaarschap wordt in het systeem aangepast.</li> <li>Conform RTA worden (zeer hoog risico- HVZ) patiënten die via ziekenhuis terugverwezen worden (b.v. via neuroloog, vaatchirurg, cardioloog of internist) voordat ze in de keten gaan, gezien door de huisarts</li> <li>De POH wordt door huisarts geïnformeerd (b.v. op bel lijst)</li> <li>Patiënt wordt uitgenodigd op spreekuur.</li> </ul>	Huisarts/ POH
3	<p><b>Vaststellen diagnose en mate van risico nieuwe CVRM patiënt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Huisarts maakt na anamnese, lichamelijk en evt. aanvullend een risicoschatting</li> <li>Hiervoor wordt de tool <a href="#">U-prevent of de NHG risicoscore</a> gebruikt.</li> <li>De huisarts registreert de uitkomst van de risicoscore % sterftekans in het HIS. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeer hoog risico &gt; 10 %</li> <li>- Hoog risico 5-10 %</li> <li>- Laag / matig risico &lt; 5 %</li> </ul> </li> </ul> <p>Belangrijke registraties voor huisarts: Episode ICPC en <b>hoofdbehandelaarschap</b>;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HB-huisarts: pt komt tenminste 1 x jaar (jaargesprek) in de huisartsenpraktijk voor preventieve CVRM zorg</li> <li>HB-specialist pt komt tenminste 1x jaar bij cardioloog voor preventieve CVRM zorg</li> </ul> <p><b>NB:</b> Pt is bij de specialist voor b.v. een behandeltraject boezemfibrilleren, aorta of klep- afwijkingen, maar komt voor preventieve CVRM zorg tenminste 1 x jaar in de huisartsenpraktijk dan is de HB- huisarts.</p>	Huisarts
4	<p><b>Samen beslissen m.b.t. behandelplan en medicatiebeleid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>M.b.v. U-prevent wordt samen met de patiënt de beslissing genomen over de behandeling (wel of geen medicatie, leefstijlinterventies, de frequentie van controles follow up). Klik <a href="#">hier</a> voor het addendum lipiden en hypertensie bij ouderen.</li> <li>Patiënten met zeer hoog risico (HVZ) en hoog risico (VVR) met indicatie voor medicatie komen in aanmerking voor het zorgprogramma.</li> <li>Belangrijke registraties voor POH: bepaling ketenzorg, bepaling (RH19 KQ FB) de risicocategorie, check of HB en ICPC ingevuld is en zie document minimale set CVRM-HIS protocol.</li> </ul>	Huisarts/ POH

5	<p><b>Plannen consult met POH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nadat de huisarts de patiënt heeft geïnformeerd en de vervolgacties heeft uitgezet, plant de POH de periodieke follow-up gesprekken voor de patiënt (op maat).</li> <li>Tenminste wordt het jaar gesprek gepland.</li> </ul>	POH
6	<p><b>Samen beslissen over deelname zorgprogramma CVRM en interventies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>POH informeert de patiënt over de cardiale risico's (<a href="#">thuisarts</a>)</li> <li>Wat de patiënt zelf kan doen en evt. interventies (educatie, leefstijl, medicatie, zelfcontrole en verwijzing).</li> <li>Hoe de preventieve CVRM zorg van de huisartsenpraktijk georganiseerd is (<a href="#">flyer</a>)</li> <li>POH controleert of de diagnostische bepalingen goed vastgelegd zijn (ICPC, HB, risicocategorie en deelname ketenzorgprogramma).</li> <li>Bij deelname zorgprogramma wordt het controlebeleid vastgesteld.</li> <li>Wanneer de patiënt niet wil of niet in aanmerking komt voor deelname ketenzorg valt de patiënt onder de reguliere huisartsenzorg.</li> </ul>	POH
7	<p><b>Voorbereiden jaargespreek:</b> versturen vragenlijst en aanvragen lab op maat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Voordat het jaargespreek plaatsvindt (ca. een maand van tevoren) wordt lab (op maat) aangevraagd conform de NHG standaard.</li> <li>Bij voorkeur wordt een <a href="#">voorbereidende vragenlijst</a> (<a href="#">CVRM</a> en/of <a href="#">DM</a> uit VIP Live) voor het jaargespreek naar de patiënt gestuurd en/of de patiënt wordt gattendeerd op <a href="#">drie goede vragen</a>.</li> </ul>	POH
8	<p><b>Uitvoeren tussentijdse en voorbereidende metingen</b></p> <p>Wanneer de patiënt in de praktijk komt voor het jaargespreek of een periodieke controle, voert de doktersassistente eventueel ter voorbereiding metingen (bloeddruk, gewicht, glucose meting uit).</p>	DA
9	<p><b>Uitvoeren jaargespreek en registreren uitkomst in HIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het jaargespreek door POH wordt samen of onder verantwoordelijkheid van de huisarts uitgevoerd (koppelconsult/ bespreken)</li> <li>Tijdens het jaargespreek is er aandacht voor gezondheidsvragen, welzijnsvragen en zorgvragen. De voorbereidende vragenlijst vragenlijsten en /of het <a href="#">gespreksinstrument positieve gezondheid</a> kunnen ter ondersteuning gebruikt worden.</li> <li>Lab uitslagen en metingen worden besproken en vastgelegd in het onderzoek scherm. NB: vraag na of patiënt niet nuchter geprikt heeft.</li> <li>De risicoscore wordt geëvalueerd <ul style="list-style-type: none"> <li>Zijn er risicofactoren bij gekomen of eraf gegaan?</li> <li>Klopt het medicatie voorschrift nog? Klik <a href="#">hier</a> voor afkapwaarden &gt; 70 jaar</li> <li>Maak zo nodig een nieuwe afweging m.b.v. <a href="#">U-prevent of de NHG risicoscore</a> )</li> </ul> </li> <li>In samenspraak met patiënt worden de mogelijke interventies en follow up/ controle beleid vastgesteld. Mogelijke uitkomsten: <ul style="list-style-type: none"> <li>Er is overleg met HA nodig of pt moet door HA gezien worden</li> <li>Aanvullende afspraken over leefstijl begeleiding (door POH of verwijzen)</li> <li>Aanvullende afspraken over thuismetingen</li> <li>En/of er worden afspraken gemaakt voor een nieuw jaarconsult</li> <li>Patiënt uit de keten? Zie exclusiecriteria</li> </ul> </li> </ul> <p>NB: Lab aanvragen op maat conform NHG-standaard Tip geef Labformulier mee voor het volgende jaarconsult</p>	Huisarts/ POH

10	<p><b><u>Uitvoeren periodieke controle/follow-up en registreren uitkomst in HIS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdens de periodieke controle worden er metingen (bijv. bloeddruk) uitgevoerd en vastgelegd</li> <li>• De uitkomst en de vragen van de patiënt worden besproken.</li> <li>• In samenspraak met patiënt worden de mogelijke interventies en follow up / controle beleid vastgesteld. Mogelijke uitkomsten: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is overleg met HA nodig of pt moet door HA gezien worden</li> <li>- Aanvullende afspraken over leefstijl begeleiding (door POH of verwijzen)</li> <li>- Aanvullende afspraken over thuismetingen</li> <li>- Of een afspraak maken over het nieuwe jaarconsult</li> </ul> </li> </ul>	POH
11	<p><b><u>Overleg/consulteren kaderarts of verwijzen naar specialist</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wanneer de POH afwijkende waarden ziet, twijfelt over de medicatie instelling of andere rode vlaggen signaleert bespreekt de POH dit met de HA en/of plant zijn een afspraak in op het spreekuur van de huisarts</li> <li>• Indien nodig wordt de kaderarts geconsulteerd via VIP Live dan heeft de kaderarts inzicht in de belangrijkste meetwaarden en medicatie voor CVRM. Vraag vooraf altijd (mondeling) toestemming aan de patiënt. Indien de patiënt niet wil dat zijn/haar gegevens gedeeld worden, dan kan dit uitegezet worden in VIPLive.</li> <li>• De samenwerkingsafspraken <b>met de cardiologen</b> van het Maasziekenhuis zijn vastgelegd in het RTA (Regionale Transmurale Afspraken-CVRM). Verwijzen gaat via Zorgdomein.</li> <li>• De uitkomst van het gesprek en de vervolgacties worden in het HIS geregistreerd.</li> </ul>	POH
12	<p><b><u>Verwijzen patiënt (m.b.v. VIPLive) naar:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De diëtist:</b> De diëtist wordt vergoed vanuit de keten DBC. Het eigen risico wordt dan niet aangesproken. Relevante medische gegevens worden gedeeld (dit kan ook uitgezet worden).</li> <li>• <b>Groepstraining stoppen met roken:</b> Er worden in onze regio regelmatig (effectieve) groepstraining stoppen met roken aangeboden. Deze trainingen worden vergoed, het eigen risico wordt niet aangesproken. Kies in VIPLive “zorgprogramma” overig.</li> <li>• <b>Welzijn Op Recept.</b> Bij welzijnsvragen kan er met VIPLive naar Sociom of WOR gemeente Gennep verwezen worden (kies zorgprogramma overig). Er worden geen medische gegevens gedeeld.</li> <li>• Klik <a href="#">hier</a> voor meer informatie over verwijzen m.b.v. VIP Live.</li> </ul>	POH
13	<p><b><u>Bespreken (ondersteuning) stoppen met roken</u></b> (intern/extern/zelfmanagent)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met de patiënt wordt besproken of hij wil stoppen en welke begeleiding hij nodig heeft <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zelfmanagement (apps, of anders)</li> <li>○ Begeleiding door een opgeleide POH van de praktijk</li> <li>○ Groepstraining stoppen met roken: m.b.v. VIPLive kan er verwezen worden naar een (effectieve) groepstraining stoppen met roken</li> <li>○ Meer informatie: (zie spreekuurkaart i.o. en stoppen met roken proces)</li> </ul> </li> </ul>	POH
14	<p><b><u>Bieden van begeleiding</u></b></p> <p>De POH kan ook zelf extra follow up consulten op maat bieden om leefstijlinterventies te ondersteunen (b.v. SMR) en/of door zelfmanagement te ondersteunen:</p>	POH

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De patiënten app VIPLive te activeren waarmee de patiënt veilig berichten kan sturen met betrokken zorgverleners (bijvoorbeeld diëtist, WoR, SMR-coach ect.) of thuismetingen kan doorgeven.</li> <li>• EHealth (leefstijl) modules aan te bieden die de pt zelfstandig of met een zorgverlener kan doorlopen. Via VIPLive kan Minddistrict opgestart worden. Op de patiënten pagina staat een knop (onder tijdlijn) externe koppeling. Klik <a href="#">hier</a> voor meer informatie</li> <li>• Informeren thuismetingen: de patiënt kan, indien dit bij zijn situatie past, geïnformeerd worden het uitvoeren van thuismetingen.</li> </ul>	
15	<p><b>Uitgeven middelen voor Thuismeten en instrueren patiënt over gebruik</b></p> <p>Wanneer de patiënt is geïnformeerd over thuismeten en hiermee aan de slag wil gaan, wordt na het (jaar)gesprek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de benodigde middelen hiervoor (bijv. bloeddrukmeter, weegschaal) aan de patiënt uitgereikt door de doktersassistente of POH. Deze instrueert de patiënt.</li> <li>• De thuismetingen worden op de praktijk uitgelezen of de patiënt geeft de eigen metingen door m.b.v. de VIP Live – app (foto of Medlab).</li> </ul>	DA/POH
16	<p><b>Opvolgen en opschonen patiëntenlijst middels oproepagenda en lege dossiers</b></p> <p>Bewaak of patiënten de juiste zorg krijgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spoor patiënten op &gt; 1 jaar geen zorg hebben gehad. Maak gebruik van de rapporten <a href="#">rapport lege dossier</a> en/of de <a href="#">oproepagenda</a> VIP Live en/of het dashboard.</li> <li>• Haal lege dossiers CVRM- VVR (hoog risicopatiënten) direct uit de keten</li> <li>• Bespreek de CVRM-HVZ patiënten die ondanks herhaalde oproepen niet zijn geweest). Beoordeel of de patiënten (zeer hoog risico) uit de keten gehaald mogen worden.</li> <li>• Registreer dit duidelijk in dossier.</li> </ul>	Huisarts/ POH/DA

#### Relevante bijlagen

- Processchema CVRM Syntein-2021
- Minimale set inclusie en indicatoren HIS protocol CVRM 2021
- Kwaliteitsdocument CVRM (met toelichting in- en exclusie, focus indicatoren) 2021

<https://www.syntein.nl/voor-zorgprofessionals/zorgprogramma/cvrm/>