

# HART EN VAATZIEKTEN PROTOCOL



**CELLO**

**Leiden**

**Augustus 2011**

## Inleiding

Dit protocol omvat diagnostiek, preventie en behandeling van hart- en vaatziekten (HVZ) en dient als hulpmiddel voor het opzetten en houden van spreekuren in de huisartsenpraktijken van CELLO.

De werkwijze van CELLO staat ook op de website *www.cello-hazorg.nl* onder het hoofdstuk Hart- en Vaatziekten (cardiovasculair). Ook andere protocollen zijn hier te lezen of te downloaden.

Doel van het protocol is het bevorderen van een optimaal beleid ten aanzien van screening en behandeling van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Gestreefd wordt naar eenduidigheid in de aanpak en behandeling van patiënten door de praktijkondersteuner. Dit wordt uitgevoerd door middel van:

- Een geprotocolleerde diagnosestelling, behandeling en controle van de risicofactoren bij reeds gediagnosticeerde patiënten.
- Het opsporen van patiënten binnen de huisartsenpraktijk met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen.

Tijdens de zorgverlening geeft de praktijkondersteuner de patiënt door middel van educatie en voorlichting inzicht in zijn ziektebeeld met als uitgangspunten:

- Algemeen welbevinden;
- Vermindering van risicofactoren voor hart- en vaatziekten door optimaliseren van leefwijze, bloeddruk en lipidenwaarden;
- Voorkomen en uitstellen van complicaties;
- Op indicatie doorverwijzen naar specialistische hulpverleners.

Het protocol en de genoemde streefwaarden zijn gebaseerd op de NHG Standaard Cardiovasculair risicomangement die in januari 2006 is gepubliceerd.

## RANDVOORWAARDEN VOOR HET OPZETTEN VAN EEN SPREEKUR

Het vormgeven van een spreekuur gebeurt op basis van afspraken die worden gemaakt tussen de huisarts en praktijkondersteuner. Iedere huisartsenpraktijk is verschillend en afhankelijk van de afspraken kunnen er verschillen bestaan in de uitvoering. De verschillende taken van huisarts, praktijkverpleegkundige en assistente worden per praktijk afgesproken. Toch zijn er een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan om een goed spreekuur te houden.

### Bepalen van de doelgroep

Er worden twee categorieën patiënten onderscheiden:

#### 1. Patiënten **met** HVZ of Diabetes Mellitus type 2 (DM2)

Bij deze patiënten wordt het risicoprofiel opgesteld om vast te kunnen stellen of behandeling dient te worden aangepast.

- Patiënten (geruiterd) in de huisartsenpraktijk met een cardiovasculair risico;
- Patiënten met Diabetes Mellitus, (worden gecontroleerd op het diabetes spreekuur, zie [www.cello-hazorg.nl](http://www.cello-hazorg.nl), Diabetes Mellitus);
- Patiënten die al hart- of vaatschade hebben.

#### 2. Patiënten **zonder** HVZ of DM2

Selecteren van patiënten met een verhoogd risico van hart- en vaatziekten tijdens het spreekuur. Bij deze patiënten kan men besluiten om een risicoprofiel op te stellen:

- Patiënten boven de 60 jaar;
- Patiënten met een positieve familie anamnese;
- Patiënten met overgewicht;
- Patiënten die er zelf om vragen (eventueel door middel van een gestandaardiseerde vragenlijst);
- Patiënten die actief worden opgespoord door middel van bloeddrukmeting eenmaal per jaar.

Dit dient zeker te gebeuren bij patiënten met:

- Systolische bloeddruk (SBD)  $\geq 140$ mmHg;
- Totaal cholesterolgehalte (TC)  $\geq 6,5$  mmol/l;
- Roken bij man  $\geq 50$  jaar of vrouw  $\geq 55$  jaar.

### Het uitgangspunt bij de uitvoering van het spreekuur

Richtlijnen en protocollen worden besproken. Voor patiënten waarbij de diagnose DM is gesteld gelden strengere criteria. Samenwerkingsafspraken moeten gemaakt worden voor delegatie van taken naar praktijkondersteuner en praktijkassistente.

## **Uitnodigen voor een eerste consult**

Dit kan op de volgende manieren:

- Brief versturen met afspraak (bijlage 1), labformulier (lipidenspectrum en nuchter glucose) en vragenlijst (bijlage 2);
- Telefonische uitnodiging door praktijkverpleegkundige of praktijkassistente;
- Verwijzing door huisarts.

## **Mogelijkheid tot nabespreken van patiënten**

Na het houden van een spreekuur zullen de patiënten door de praktijkondersteuner gerapporteerd worden aan de huisarts. Hierin komen de bevindingen van de praktijkondersteuner, verandering van medicatie en eventuele verwijzingen naar andere hulpverleners aan bod.

## **Evaluatie**

Jaarlijks moet een evaluatie plaatsvinden binnen de praktijk met huisarts en praktijkondersteuner. Door het regelmatig evalueren van de werkzaamheden binnen de praktijk, kunnen ontwikkelingen worden besproken en de werkzaamheden aangepast.

## DIAGNOSTIEK

### Opstellen van het risicoprofiel

Het cardiovasculaire risicoprofiel is een overzicht van voor HVZ relevante risicofactoren:

- Leeftijd;
- Geslacht;
- Roken;
- Systolische bloeddruk (SBD);
- Nuchter glucosegehalte;
- Lipidenspectrum (TC, HDL, TC/HDL-ratio, LDL, TG)<sup>1</sup>;
- Familiaanamnese (vader, moeder, broer of zus met HVZ voor het zestigste levensjaar);
- Voedingspatroon (gebruik van verzadigd vet, vis, groente, fruit en zout);
- Alcoholgebruik;
- Lichamelijke activiteit;
- Body mass index (BMI) en middelomtrek.

### Het bepalen van de bloeddruk

Het meten van de bloeddruk gebeurt volgens protocol (zie bijlage 4).

Andere mogelijkheden om de bloeddruk te meten is bijvoorbeeld de 24-uurs meting of het thuis meten van de bloeddruk, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een verhoogde “witte jassen” bloeddruk.

Meet de bloeddruk tweemaal in een consult en bereken het gemiddelde; herhaal de metingen na minstens 24 uur indien SBD  $\geq$  140 mmHg is; ga uit van het gemiddelde van twee metingen tijdens laatste consult.

### Laboratorium onderzoek

- Nuchter lipidenspectrum: TC, HDL, LDL, TG:  
Bij TC > 8 mmol/l of TC/HDL ratio > 8 mmol/l uitsluiten van familiale hypercholesterolaemie.  
De TC/HDL ratio wordt gebruikt voor risicoschatting. De LDL waarde voor de monitoring van de behandeling.
- Nuchter glucose:  
Bij nuchter glucose > 6.9 mmol/l in veneus bloed moet dit worden herhaald (blijvend te hoog dan start protocol diabetes).
- Voor het starten van een behandeling serum kreatinine en serum kalium bepalen. Zo ook bij ACE-remmer en/of diureticagebruik. Tevens een urine onderzoek op microalbuminurie (nierlijden).

Verhoogde bloeddruk kan veroorzaakt worden door onderliggend lijden. Overweeg nader onderzoek bij:

---

<sup>1</sup> TC= Totaal cholesterol, HDL= High density lipoprotein cholesterol, LDL= Low density lipoprotein cholesterol, TG= Triglyceriden

- Klinische afwijkingen, zoals aanwijzingen voor het syndroom van Cushing;
- SBD > 180 mmHg;
- Hypokaliëmie (<3.5 mmol/l);
- Nierfunctiestoornis (verhoogd serum kreatinine en glomerulaire filtratiesnelheid <60 ml/min);
- Therapieresistentie

## Anamnese en onderzoek door praktijkverpleegkundige

<b>Voorgeschiedenis</b>	Diabetes mellitus 2 Vetstofwisselingsstoornis Angina pectoris Hartinfarct Hartfalen CVA TIA Perifeer arterieel vaatlijden Aneurysma aorta Coronaire hartziekten bij ouders, broers of zussen < 60 jaar
<b>Anamnese cardiovasculaire pathologie</b>	Angineuze klachten Claudicatiëklachten Klachten wijzend op hartfalen
<b>Anamnese leefstijl</b>	Voedingsgewoontes Roken Lichaamsbeweging en sportactiviteiten Werken/vrije tijd Medicatie gebruik (bijvoorbeeld: orale anticonceptie, corticosteroiden, NSAID's) Alcoholgebruik
<b>Metingen</b>	Bloeddruk; tweemaal in een consult Lengte Gewicht Buikomvang Facultatief: Enkel/Arm index Quetelet-index (wordt in de meetwaarde module automatisch berekend)
<b>Laboratorium</b>	Bloedglucose Cholesterol HDL-cholesterol TC/HDL-ratio Triglyceriden Kreatinine Kalium zonodig ALAT Homocysteïne Urine

Als alle gegevens zijn verzameld wordt zonodig een afspraak gemaakt bij de huisarts. De beslissing om een ECG te maken ligt bij de huisarts in het hierna volgende consult. Jaarlijkse controle op indicatie.

### **Anamnese door de huisarts**

Afhankelijk van wat er is afgesproken, kan een consult bij de huisarts volgen. De huisarts vult gegevens van anamnese aan om het cardiovasculaire risicoprofiel vast te stellen.

- Cardiovasculaire pathologie: myocardinfarct, hartfalen, perifere arterieel vaatlijden, CVA, TIA of klachten wijzend op angina pectoris, decompensatio cordis of nieraandoeningen;
- Coronaire hartziekten bij ouders, broer of zus voor het zestigste levensjaar;
- Instelling op medicatie.

### **Lichamelijk onderzoek door de huisarts**

- Auscultatie hart (souffle's, 3<sup>e</sup>/4<sup>e</sup> harttoon);
- Palpatie puntstoot (ictus cordis);
- Centraal veneuze druk (CVD);
- Auscultatie longen;
- Pitting oedeem enkels;
- Perifere circulatie: pulsaties, cyanose, lichaamstemperatuur;
- Hepatomegalie;
- Palpatie abdominale aorta.

### **Risicoschatting**

Bij patiënten **zonder** HVZ en **zonder** DM2 wordt een risicoschatting bepaald (zie bijlage 5).

In de SCORE risicofunctie wordt de hoogte van het risico van sterfte door HVZ in tien jaar geschat door middel van de volgende factoren uit het risicoprofiel:

- Leeftijd
- Geslacht
- Roken
- SBD
- TC/HDL-ratio

## BEHANDELING

Nadat de diagnose gesteld is door de huisarts stelt deze de behandeling in. De keuze voor interventies en opstellen van een behandelingsplan gebeurt in samenwerking met de praktijkverpleegkundige en bestaat uit:

- Niet-medicamenteuze behandeling
- Medicamenteuze behandeling

### Niet-medicamenteuze behandeling

#### *Leefstijladviezen*

- Stoppen met roken;
- Voldoende bewegen;
  - 5 dagen/week 30 minuten fietsen, stevig wandelen, tuinieren
- Gezond eten;
  - minder verzadigd vet, 1-2 maal per week vis, 200 gram groenten en 2 stuks fruit per dag, beperkt zoutgebruik
- Beperk alcohol;
  - man maximaal 3 glazen per dag, vrouw maximaal 2 glazen per dag
- Streef naar een optimaal gewicht.
  - BMI < 25, middelomtrek man <80 cm, middelomtrek vrouw <94 cm

### Medicamenteuze behandeling

De instelling op medicatie wordt door de huisarts gedaan. Voor het bepalen van de indicatie voor medicamenteuze behandeling wordt onderscheid gemaakt tussen :

- Patiënten **met** HVZ of DM2
- Patiënten **zonder** HVZ of DM2

#### *Patiënten met HVZ*

Start acetylsalicylzuur

- Tenzij indicatie voor antistolling (boezemfibrilleren, structurele hartafwijking)
- Bij overgevoeligheid clopidogrel starten

Start ACE remmer

- Na coronaire revascularisatie, hartinfarct of hartfalen op basis van coronaire hartziekte

Start  $\beta$ -blokker

- Bij SBD  $\geq 140$  mmHg
- Bij angina pectoris, doorgemaakt myocardinfarct, hartfalen

Start statine

- Bij LDL >2,5 mmol/l

- Bij LDL <2,5 mmol/l en sterk verhoogd risico (recidiverend hartinfarct, sterk belaste familieanamnese, clustering risicofactoren)

Bij patiënten met een doorgemaakt herseninfarct of TIA ook bij een normale bloeddruk overwogen om bloeddrukverlagende middelen te starten.

### *Patiënten met DM2*

Behandeling glucoseregulatie conform de NHG-standaard DM2.

Bij een verhoogde bloeddruk (SBD  $\geq$ 140 mmHg) starten met antihypertensiva ter preventie van HVZ en neuropathie.

Start statine

- Bij LDL >2,5 mmol/l of TC > 4,5 mmol/l
- Bij SBD  $\geq$ 140 mmHg en sterk verhoogd risico (slechte metabole controle, nierfunctiestoornis, sterk belaste familieanamnese, clustering risicofactoren)

### *Patiënten zonder HVZ en zonder DM2*

Medicamenteuze behandeling afhankelijk van het geschatte risico op HVZ en van de hoogte van SBD en TC/HDL ratio ( zie bijlage 5). Een afweging moet gemaakt worden van de voor- en nadelen van behandeling.

10-jaarsrisico van sterfte door HVZ van  $\geq$ 10%

- Start antihypertensiva, tenzij SBD <140 mmHg
- Start statine, tenzij LDL <2,5 mmol/l

10-jaarsrisico van sterfte door HVZ van <10%

- Medicamenteuze behandeling overwogen bij:
  - Belaste familieanamnese ( HVZ < zestigste levensjaar)
  - Obesitas (BMI >30) of middelomtrek >88 cm vrouwen, >102 cm mannen
  - Aanwijzingen voor eindorgaanschade (albuminerie, nierfunctiestoornis, linkerventrikelhypertrofie)

Bij een SBD  $\geq$ 180 mmHg starten met antihypertensie ongeacht het risico van HVZ.

## **CONTROLE**

De controles worden uitgevoerd door de praktijkondersteuners. Het controle schema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van risicoprofiel, de (co)morbiditeit en persoonlijke wensen. Uitgangspunt is één controle per jaar voor alle patiënten met een verhoogd risico. Voor drie maandelijks en jaarlijkse controles zijn schema's ontwikkeld, zie bijlage 6 en 7.

## **Bij instelling op medicatie**

- Controle SBD om de 2-4 weken gedurende eerste drie maanden;
- Streef naar SBD <140 mmHg;
  - Bij SBD < 140 mm Hg controle na drie maanden
  - Bij SBD > 140 mm Hg controle na een maand
- Bij niet-kaliumsparende diuretica:
  - drie maandelijks kalium controle gedurende een jaar
  - Bij een kalium < 3,5 mmol/l dient een thiazide/kaliumsparend diureticum te worden voorgeschreven
- Controle statine therapie na 6 weken en 3 maanden (LDL);
  - Met HVZ/DM2 : LDL streefwaarde <2,5 mmol/l
  - Zonder HVZ/DM2: streef naar LDL daling van tenminste 1,0mmol/l

## **Jaarlijkse controle**

Na instelling is jaarlijkse controle gewenst van kalium en creatininegehalte bij diuretica en ACE-remmer gebruik. Bij elke controle tweemaal de bloeddruk meten, wanneer deze stabiel blijft kan de bloeddruk jaarlijks gecontroleerd worden. Zie schema jaarlijkse controle in bijlage 7.

Bij verhoogde glucosewaarde kan de patiënt doorverwezen worden naar het diabetesspreekuur van CELLO.

# HART EN VAATZIEKTEN PROTOCOL

## BIJLAGEN

**Bijlage 1.**  
Uitnodigingsbrief

**Bijlage 2.**  
Vragenlijst ter voorbereiding van een controlebezoek aan het spreekuur voor  
cardiovasculair risicomangement voor patiënten *met* hart- en vaatziekten  
en/of diabetes mellitus

**Bijlage 3.**  
Herinneringsbrief

**Bijlage 4.**  
Protocol bloeddrukmeting

**Bijlage 5.**  
Tabel: Sterfterisico voor patiënten zonder HVZ en zonder DM2

**Bijlage 6.**  
Schema driemaandelijke controle assistente

**Bijlage 7.**  
Schema jaarlijkse controle

[Naam en adres huisarts]

[plaats, datum]

[Naam en adres patient]

Geachte heer/mevrouw,

Tot nu toe bent u gewend voor de controle van uw bloeddruk of cholesterolgehalte op het gewone spreekuur te komen. In onze huisartsenpraktijk is nu een speciaal hart- en vaatziekten spreekuur ingesteld voor de controle van patiënten met deze problemen. Wij willen tijdens dit spreekuur meer aandacht gaan besteden aan het voorkómen van hart- en vaatziekten. Wij bieden u aan om een risicoprofiel op te stellen om te kijken welke risicofactoren voor hart- en vaatziekten bij u aanwezig zijn. Wij besteden ook aandacht aan uw leefstijl. Wanneer er mogelijkheden zijn om door verandering van leefstijl het risico te verlagen, kunnen wij u daarbij behulpzaam zijn.

Het spreekuur voor hart- en vaatziekten zal gehouden worden op [...]. Onze praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner [...] zal dit spreekuur uitvoeren. Zij zal worden ondersteund en begeleid door de huisarts(en) [...]. De praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner en de huisarts(en) werken hierbij nauw samen. De praktijkverpleegkundige/praktijkondersteuner heeft voor deze taak een speciale opleiding genoten.

Ter voorbereiding van uw spreekuurbezoek vragen wij u om de bijgevoegde vragenlijst van te voren in te vullen en mee te nemen naar de eerstvolgende controle.

Wanneer uw klachten in de tussentijd toenemen, kunt u uiteraard ook een afspraak maken met de huisarts voor het reguliere spreekuur.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben ingelicht. Wanneer u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met de praktijkassistente.

Met vriendelijk groet, (naam), huisarts

U komt voor een controle op het spreekuur voor hart- en vaatziekten. Ter voorbereiding van dit consult verzoeken wij u om enkele vragen te beantwoorden. De praktijkverpleegkundige/ praktijkondersteuner weet dan welke vragen voor u belangrijk zijn om te bespreken.

### **Algemeen**

Wat wilt u bij dit bezoek zeker bespreken? .....

### **Klachten**

Heeft u klachten die u wilt bespreken?  ja  nee

Zo ja, welke? .....

Heeft u het afgelopen jaar ziektes doorgemaakt aan het hart of de bloedvaten?  ja  nee

Heeft u last van:

- pijn op de borst?  ja  nee

- hartkloppingen?  ja  nee

- kortademigheid bij inspanning?  ja  nee

- moeheid bij inspanning?  ja  nee

- dikke enkels?  ja  nee

- pijn in de benen als u een eindje loopt?  ja  nee

Zo ja, zakt deze pijn weer als u even rust houdt? ('Etalagebenen')  ja  nee

### **Medicatie**

Heeft u problemen met uw medicatie?  ja  nee

### **Leefstijl**

Rookt u?  ja  nee

Zo ja, denkt u er wel eens over om te stoppen?  ja  nee

Heeft u het afgelopen jaar geprobeerd te stoppen met roken?  ja  nee

Heeft u het afgelopen jaar een dieet gevolgd?  ja  nee

Zou u iets aan uw voeding willen veranderen?  ja  nee

Heeft u vragen over uw voeding?  ja  nee

Zo ja, welke? .....

Bent u het afgelopen jaar minder gaan bewegen/ sporten?  ja  nee

Zou u meer aan lichaamsbeweging willen doen?  ja  nee

Heeft u vragen over uw lichaamsbeweging?  ja  nee

Zo ja, welke? .....

[Naam en adres huisarts]

[Plaats, datum]

[Naam en adres patient]

Geachte heer/mevrouw,

Enige tijd geleden heeft u informatie ontvangen over een hart- en vaatziektenspreekuur. U bent hiervoor uitgenodigd, omdat bij u één of meerdere risicofactoren aanwezig zijn. Dit betekent dat u mogelijk een verhoogd risico heeft om problemen te krijgen aan uw hart of bloedvaten.

Op dit moment heeft u waarschijnlijk geen (of weinig) klachten, al dan niet door de medicijnen die u gebruikt. Daarom lijkt een controle misschien niet nodig. Toch is het belangrijk dat er regelmatig bij u een controle wordt uitgevoerd.

In onze huisartsenpraktijk is nu een speciaal hart- en vaatziekten spreekuur ingesteld voor de controle van patiënten met deze problemen. Wij willen tijdens dit spreekuur meer aandacht gaan besteden aan het voorkómen van hart- en vaatziekten. Het spreekuur voor hart- en vaatziekten zal gehouden worden op [...].

Uw laatste controle was op [...]. Een nieuwe controle is in uw geval gewenst. Ik verzoek u daarom op korte termijn te bevestigen of u aanwezig kunt zijn op dit spreekuur voor uw controle.

Met vriendelijke groet,

[naam huisarts]

## Bijlage 4. Protocol bloeddrukmeting

1. De bloeddruk (BD) wordt gemeten:
  - bij patiënten bij wie een hoge BD geconstateerd is en/of er sprake is van een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel.
  - Minstens jaarlijks bij patiënten zonder eerder vastgestelde hypertensie.
  
2. De meting wordt als volgt verricht:
  - de patiënt heeft eerst minimaal tien minuten rustig gezeten;
  - tijdens de meting wordt niet gesproken;
  - het midden van de manchet ligt ter hoogte van het midden van het borstbeen/hartniveau;
  - oppompen tot 200 mmHg, zo nodig tot 240 mmHg ingeval nog vaattonen worden gehoord;
  - de kwikkolom met een snelheid van 2 mm/sec laten dalen;
  - de SBD aflezen op het moment dat de tonen hoorbaar worden. De diastolische bloeddruk (DBD) aflezen op het moment dat de tonen geheel verdwijnen. Alleen wanneer de tonen hoorbaar blijven tot (dichtbij) 0 mmHg wordt de waarde genoteerd bij het punt waarop de tonen ophouden duidelijk tikkend (kloppend) van karakter te zijn. Noteer de waarde met daarachter /0;
  - de BD met een nauwkeurigheid van 2 mmHg aflezen;
  - tijdens het eerste consult de BD aan beide armen meten. Bij een verschil in DBD of SBD van 10 mmHg of meer wordt de BD aan de hoogste arm nogmaals gemeten. Bij de volgende consulten wordt de BD gemeten aan de arm waar de hoogste waarde werd gevonden. In andere gevallen wordt de BD aan de rechterarm gemeten (of linkerarm, als de praktijk daarvoor heeft gekozen);
  - meet de BD tijdens een consult tweemaal en noteer het gemiddelde.
  
3. Indien de BD van een diabetespatiënt bij wie nog geen hypertensie was geconstateerd, hoger is dan 140/95 mmHg volgen vervolgmetingen.

Als DBD tussen 85-104 mmHg is, of SBD  $\geq$  140 mmHg, zijn voor het stellen van de diagnose hypertensie ten minste vijf vervolggconsulten nodig in de loop van drie tot zes maanden.

Als DBD  $\geq$  105 mmHg, zijn voor het stellen van de diagnose hypertensie ten minste drie vervolggconsulten nodig in de loop van enkele weken tot drie maanden.

Als tijdens drie vervolggconsulten DBD < 85 mmHg en SBD < 140 mmHg is gemeten, kunnen verdere metingen achterwege blijven. Bepaal de hoogte van de DBD en SBD op basis van het aantal geadviseerde meetwaarden. Laat hierbij de eerste meting, de ingangsmeting, buiten beschouwing.

Overleg met de huisarts als bij een diabetespatiënt met hypertensie de BD hoger dan 140/95 mmHg is. Laat de patiënt na twee weken voor controle terugkomen; indien de BD nog steeds hoger dan 140/95 mmHg is; schakel dan de huisarts in.





0-4% risico van  
sterfte door HVZ



5-9% risico van sterfte  
door HVZ



10-14% risico van sterfte  
door HVZ



≥15% risico van  
sterfte door HVZ

De cijfers geven een schatting van de hoogte van het 10-jaarsrisico (%) van sterfte door HVZ in Nederland voor niet-rokende en rokende vrouwen en mannen van 65, 60, 55, 50 en 40 jaar met behulp van de SCORE-risicofunctie.

De kleurcodering kan worden gebruikt om de globale indicaties voor behandeling te stellen (zie 1.2 en 4.2.1.3 in de NHG-Standaard CVRM):



= geen behandeling



= leefstijladviezen; overweeg medicamenteuze behandeling bij additionele risicofactoren of bij jonge patiënten die bij onveranderd risicoprofiel op 60-jarige leeftijd een 10-jaars risico  $\geq 10\%$  hebben (zie 4.2.1.3 in de NHG-Standaard CVRM)



= leefstijladviezen; overweeg medicamenteuze behandeling



= leefstijladviezen en medicamenteuze behandeling

## **Bijlage 6. Drie-maandelijke controle door praktijkondersteuner/assistente**

### **Anamnese en lichamelijk onderzoek**

- Vragen naar welbevinden
- Vragen naar aanleiding van de voorlichting
- Evaluatie niet-medicamenteuze adviezen
- Bijwerkingen van medicijnen
- Therapietrouw
- Advies over verbetering van leefwijze
- Rookgewoontes, stoppen met roken
- Alcohol gebruik
- Beweging
- Voeding
- Controle gewicht (schoenen en jas uit)
- kijk of er aanwijzingen zijn voor enkeloedeem
- Bloeddruk 2x meten ( zie protocol RR meting)
- Pols

### **Registratie**

- Registratie van gegevens in computer en bloeddrukpas.
- Registratie van patiënten in overdrachtschrift huisarts.
- Nieuwe afspraak maken
  - SBD < 140 mmHg → controle na 3 maanden
  - SBD > 140mmHg → controle na 1 maand
- Na start aceremmer en/of statine controle lab: kreatinine + LDL controle.
- Eventueel foldermateriaal meegeven

### **Overleg huisarts**

- Er wordt een vaste dag en tijdstip afgesproken voor overleg
- Bijwerking van medicatie
- Niet dalende tensie
- Irregulaire pols
- Op verzoek van de patiënt
- Op verzoek van assistent

## **Bijlage 7. Jaarcontrole door praktijkondersteuner/ assistente**

Patiënt is uitgenodigd na vorige afspraak of door middel van een brief om een afspraak voor het spreekuur te maken en naar het laboratorium te gaan. Een eventuele vragenlijst wordt meegestuurd (zie bijlage 2).

### **Anamnese**

- Welbevinden
- Uitleg doel van het spreekuur
- Uitleg bloeddrukpas
- Bespreken van klachten of bijwerkingen van medicatie; therapietrouw
- Drop-, alcohol- en NSAID-gebruik
- Roken
- Lichaamsbeweging
- Vragen naar veranderingen in familieanamnese

### **Lichamelijk onderzoek**

- Bloeddrukmeten (2x). Het gemiddelde van de metingen is de uitgangswaarde
- Polsritme en frequentie
- Middelomtrek
- Gewicht (schoenen en jas uit)
- BMI

### **Laboratoriumonderzoek nuchter:**

- Kreatinine
- Lipidenspectrum
- ALAT
- Bloedsuiker
- Natrium en kalium bij diuretica gebruik
- Eiwit in de urine

### **Voorlichting en advisering (mondeling en schriftelijk)**

- Bespreken labwaarden
- Uitleg therapievoorstel
- Beknopte herhaling reeds verkregen informatie
- Korte herhaling belang evenwicht voeding, medicatie en beweging
- Belang therapietrouw
- Uitleg complicaties
- Schriftelijk: o.a. de NHG patiëntenbrieven

### **Verwijzing naar andere hulpverleners**

Indien nodig verwijzen naar:

- Stoppen met roken poli
- Diëtist

### **Overleg huisarts**

- Bijwerking van medicatie
- Op verzoek van de patiënt.
- Op verzoek van praktijkverpleegkundige.

Bij onvoldoende resultaat (streefwaarden niet gehaald) legt de praktijkverpleegkundige dit voor aan de huisarts.

### **Registratie**

- Bijstellen van het risicoprofiel
- Registratie van gegevens in computer en bloeddrukpas
- Nieuwe afspraak maken