



# **Zorgprogramma CardioVasculair RisicoManagement/ Diabetes Mellitus type 2**

Zorggroep Gelders Rivierenland  
Eerstelijns Centrum Tiel

**Commissie zorginhoud CVRM/Diabetes**

Laatste evaluatie: Mei-2026

Datum herziening: elke twee jaar

**Contactgegevens:**

Zorggroep Gelders Rivierenland

0344-645802

[secretariaat@gezondrivierenland.nl](mailto:secretariaat@gezondrivierenland.nl)

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2. Belangrijkste wijzigingen herziening mei 2026</b>	<b>4</b>
<b>3. Samenvatting Zorgprogramma CVRM/DM</b>	<b>5</b>
<b>4. Diagnostiek</b>	<b>6</b>
4.1. Screening en case finding	6
4.2. Diagnostiek en risico inventarisatiefase CVRM	9
4.3. Diagnostiek en risico inventarisatiefase DM	14
<b>5. Behandeling</b>	<b>16</b>
5.1. Voorlichting en niet medicamenteuze behandeling	16
5.2. Medicamenteuze behandeling	22
5.3. Individueel ZorgPlan	29
5.4. Controle en follow up	30
5.5. Diabetes mellitus type 2 in remissie	31
5.6. Patiënten zonder geregelde zorg	32
<b>6. Verwijsafspraken huisartsen specialisten</b>	<b>33</b>
6.1 Intercollegiale e-consultatie kaderarts	33
6.2 E-consultatie medisch specialist	33
6.3. Verwijzing specialist	33
6.4 Terug verwijzing huisarts	33
<b>7. Kwaliteit, organisatie en financiën</b>	<b>35</b>
7.1. Keuze en gebruik HIS/KIS	35
7.2. Registratie	35
7.3. Verantwoordelijkheid en regie	35
7.4. Monitoren implementatie/evaluatiecyclus	35
7.6. Financiën	36
<b>8. Bijlagen</b>	<b>37</b>
Bijlage 1. Aanbevelingen over starten en stoppen medicamenteuze behandeling van ouderen bij CVRM	37
Bijlage 2. Onderzoek Diabetische voet	38
Bijlage 3. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus	42
Bijlage 4. Gemiddelde dosis/respons LDL-c verlaging	43
Bijlage 5. Formularium	44
Bijlage 6a. DM T2: Stroomschema medicatie voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten	48
Bijlage 6b. DM T2: Stroomschema medicatie voor patiënten zonder zeer hoog risico op hart- en vaatziekten	49
Bijlage 6c. DM T2: Werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2 remmers	50
Bijlage 7a. Instellen + controle op insuline	51
Bijlage 7b. 2x en 4x daags insuline regime	52
Bijlage 8. Overzicht afspraken specialisten CVRM en DM	54

# 1. Inleiding

Het zorgprogramma CVRM/DM is gebaseerd op de volgende landelijke protocollen en richtlijnen:

- [NHG standaard diabetes mellitus type 2](#) (2025)
- [Protocollaire diabeteszorg](#) (2025/2026)
- [NHG standaard cardiovasculair risicomangement](#) (2024)
- [NHG standaard Chronische Nierschade](#) (2018)
- [Richtlijn diabetische retinopathie](#) (2023)
- [Zorgmodule bewegen](#) (2015)
- [NDF Voedingsrichtlijn](#) (2023)
- [Zorgmodule Preventie Voetulcera](#) (2024)
- [NHG standaard Obesitas](#) (2025)

**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 2024 vallen onder **zeer hoog risico**, **hoog risico** en **matig verhoogd risico** waarbij medicatie geïndiceerd is.

## 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 atherosclerose, 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 patiënt 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 terug verwijzing van de medisch specialist naar de huisarts.

## 2. Belangrijkste wijzigingen herziening mei 2026

Het zorgprogramma is inhoudelijk bijgewerkt volgens de meest recente richtlijnen. Hieronder de belangrijkste wijzigingen:

### Diagnostiek en risicoschatting (CVRM)

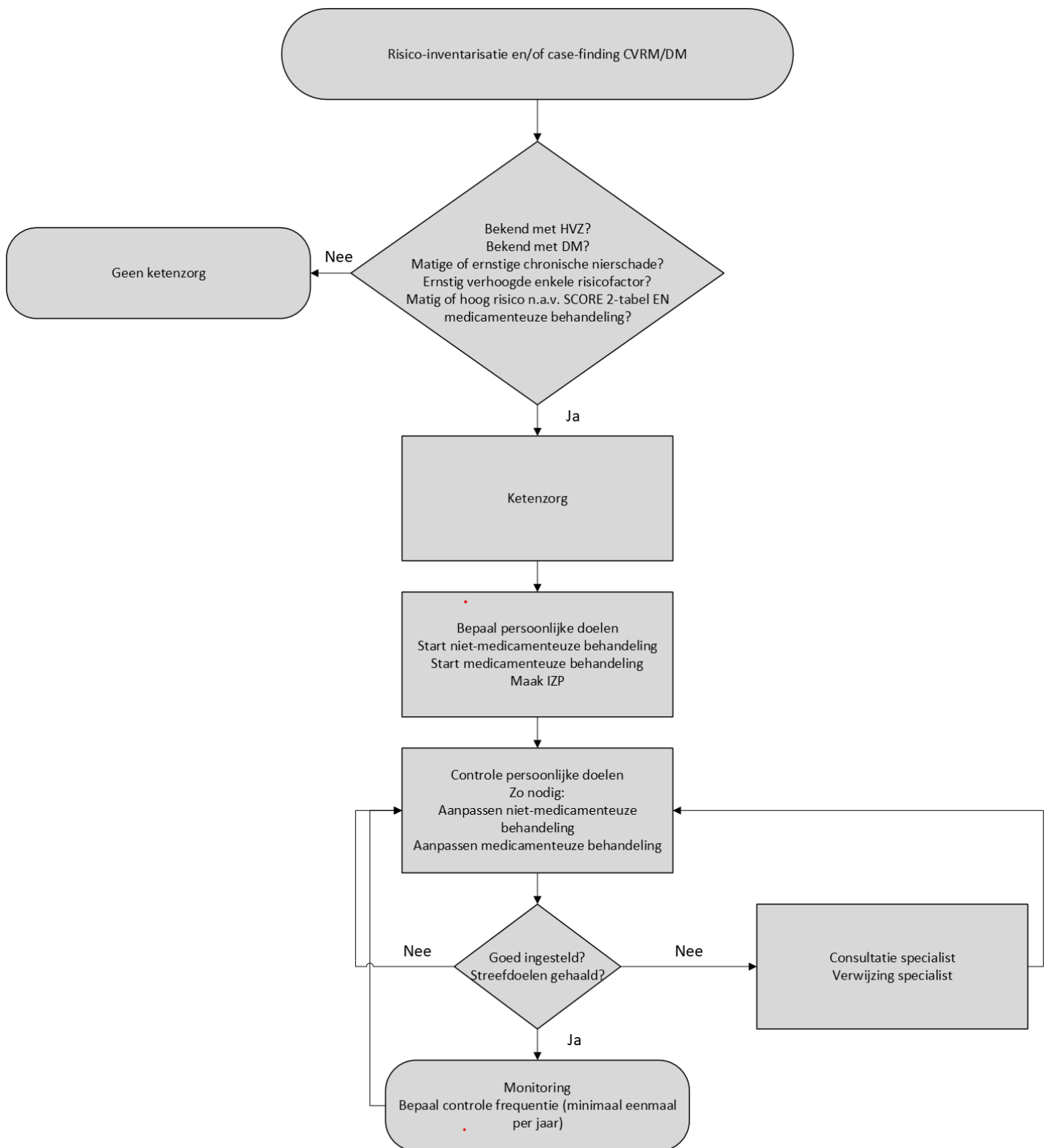
- Nieuwe SCORE-tabel: de SCORE2(-OP) voor tienjaarsrisico op HVZ (tabel 3). In deze tabel is de risicoschatting gebaseerd op non-HDL-cholesterol i.p.v. TC/HDL-ratio en wordt er gewerkt met leeftijdsafhankelijke risicodrempels.
- De zeer hoog risicogroep valt buiten de nieuwe SCORE-tabel, deze groep wordt bepaald op basis van patiëntkenmerken (tabel 2).

### Behandeling (DM2)

- Het medicamenteus stappenplan bij patiënten zonder zeer hoog risico is herzien (met meer ruimte voor GLP-1-agonisten en SGLT2-remmers).
- Hartfalen geldt nu altijd als zeer hoog risico, onafhankelijk van ejectiefractie.
- Er is een beslisboom (Stichting Langerhans) toegevoegd ten behoeve van het hypoglykemiebeleid.
- Er is een paragraaf toegevoegd over diabetes mellitus type 2 in remissie.

Daarnaast is het document compacter gemaakt. In deze herziening zijn vooral bijlagen verwijderd, zoals de stroomschema's voor de consulten. In een volgende herziening is het doel om het document nog verder in te korten door vaker te verwijzen naar de richtlijnen.

### 3. Samenvatting Zorgprogramma CVRM/DM



## 4. Diagnostiek

### 4.1. Screening en case finding

Instream 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 'instreamroutes' 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.

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 [NHG standaard Chronische Nierschade](#));
- belaste familie anamnese voor HVZ (1<sup>e</sup> 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;
- 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;
- ernstige psychiatrische aandoening;
- overgewicht (BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>, en BMI ≥ 23 kg/m<sup>2</sup> bij patiënten met een Turkse, Afrikaanse (sub-Sahara), Hindoestaanse, Aziatisch-Surinaamse of Caribische achtergrond);
- bij een voorgeschiedenis van een hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap: periodieke **screening** van de bloeddruk en overweeg het periodiek opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel (zie richtlijn CVRM na een reproductieve aandoening, module Organisatie van zorg bij hypertensieve aandoening tijdens de zwangerschap (NVOG 2023)).
- bij zwangerschapsdiabetes in de voorgeschiedenis: nuchtere glucose de eerste 5 jaar na de zwangerschap jaarlijks en daarna om de 3 jaar.

- Bij polycysteusovariumsyndroom (PCOS): glucose en LDL elke 1-3 jaar (afhankelijk van het risicoprofiel).

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

### **CVRM screening**

Voor risicoschatting:

- niet-nuchter lipidspectrum: totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, non-HDL-cholesterol, triglyceriden (indien triglyceriden > 5 mmol/L: lipidspectrum nuchter herhalen vanwege onbetrouwbare LDL-waarden en risico op pancreatitis bij > 10 mmol/L)
- glucose (bij voorkeur nuchter)
- creatinine en eGFR
- albumine-creatinineratio (ACR) in urine

### **DM screening**

1x per 3 jaar 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.

### **Anamnese**

Vraag naar:

- roken, voeding (in bijzonder zout en verzadigde vetten), alcoholgebruik, 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 (zoals lage sociaal-economische status, stress op het werk en in het gezin, sociaal isolement) of psychiatrische aandoening;
- secundaire oorzaken van verhoogde bloeddruk (blz 10).

### **Lichamelijk onderzoek**

- pols; frequentie en ritme (i.v.m. casefinding AF)
- bloeddruk
- BMI

### **Inclusiecriteria** (volgens de Handleiding InEen)

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

#### **Zeer hoog risico**

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

• Angina Pectoris (AP)	ICPC-code K 74
• Myocard infarct (MI)	K 75
• Ischemische HartZiekte (IHZ)	K 76
• Coronair sclerose	K76.01
• Myocardinfarct (>4 weken geleden)	K76.02
• Passagère cerebrale ischemie/ TIA	K 89
• Retinale venatak occlusie (RVTO)	K 89.01
(Is een uiting van artherosclerose van arteria retinalis)	

- Intracerebrale bloeding K 90.02
  - 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  
Met ernstige eindorgaanschade (matig of ernstige chronische nierschade)  
Of microvasculaire aandoeningen (rethinopathie + neuropathie)
- 3: Ernstige chronische nierschade. U 99.01

### Hoog risico:

< 80 jaar met minimaal een van de volgende criteria:

- DM > 10 jaar bestaand; of met gebrekkige glykemische regulatie
- Matig chronische nierschade:
- Sterk verhoogde bloeddruk  $\geq 180/110$  mmHg.
- Aangetoonde familiale hypercholesterolemie
- Hoog tienjaarsrisico op HVZ volgens SCORE2(-OP), zie figuur 1 en tabel 3.

### Matig verhoogd risico waarbij medicatie geïndiceerd is:

DM goed gecontroleerd, < 10 jaar bestaand zonder eindorgaanschade

Matig verhoogd tienjaarsrisico op HVZ volgens SCORE2(-OP), zie figuur 1 en tabel 3.

### Exclusiecriteria (volgens de Handleiding InEen):

- Ernstige comorbiditeit waarbij geregelde zorg niet mogelijk of wenselijk is
- Patiënt niet akkoord met deelname zorgprogramma
- Deelname zorgprogramma kwetsbare ouderen
- Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn
- Vrouwen met zwangerschapsdiabetes
- DM type I

### **Atriumfibrilleren en Hartfalen**

Voor atriumfibrilleren (AF), hartfalen (HF) en familiale hypercholesterolemie geldt dat wanneer in de tweede lijn (soms eerste 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 wordt geïncorporeerd. Er is voor zowel AF als HF een regionaal zorgprogramma opgesteld. Patiënten kunnen hieraan deelnemen boven op de DM/CVRM ketenzorg.

Zie voor de regionale zorgprogramma's AF en HF de volgende documenten:

- [AF Zorgprogramma](#)
- [RTA AF](#)
- [HF Zorgprogramma](#)
- [RTA HF](#)

#### 4.2. Diagnostiek en risico inventarisatiefase CVRM

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

##### Bloeddrukmeting

Sluit eerst bloeddrukverhogende factoren uit zoals:

- zout
- NSAID's (incl. aspirine en selectie COX-2-remmers)
- sympathicomimetica (decongestiva, sibutramine, cocaine)
- orale anticonceptiva
- alcohol
- glycyrrhizine zuur bevattende producten (o.a. drop, zoethout en sommige kauwgums)
- erythropoetine
- ciclosporine
- 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<sup>ste</sup> keus: **24-uursmeting**

2<sup>de</sup> keus: geprotocolleerde thuismeting

3<sup>de</sup> keus: 30-minuten meting (alleen indien 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> niet beschikbaar)

**Tabel 1. Schatting corresponderende bloeddrukwaarden**

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

Let op: De SCORE2 is gebaseerd op spreekkamermetingen. Reken daarom de 24-uurs-, de thuis- of 30-minuten metingen om naar de spreekkamerwaarde (zie tabel 1) en gebruik deze voor de risicoschatting.

##### Laboratoriumonderzoek

Vraag een CVRM-lab aan: TC, LDL, HDL, non-HDL, TG, eGFR, Na, K en glucose.

Voor de risicoschatting zijn de volgende waarden van belang:

##### **Non-HDL**

Het non-HDL-cholesterol (= TC – HDL-C) wordt gebruikt om het risico te schatten in de risicoscoretabel. Het non-HDL-cholesterol is ook bruikbaar bij een hoge triglyceridenconcentratie en wordt niet nuchter bepaald.

Overweeg familiale dyslipidemie bij sterk verhoogde lipidenwaarden (LDL-C > 5 mmol/L of TC > 8 mmol/L; zie NHG-Standpunt Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie).

**Nierfunctie:** eGFR, natrium, kalium, ACR in urine.

## Riscoschatting CVRM

1. Ga na of de patiënt direct in een van de patiëntgroepen valt waarvoor een risicocategorie aan te wijzen is Dit zijn patiënten met:

- doorgemaakte hart- en vaatziekte
- diabetes mellitus
- matige of ernstige chronische nierschade
- sterk verhoogde bloeddruk  $\geq 180$  mmHg
- aangetoonde familiale hypercholesterolemie

2. Schat bij overige patiënten van 40-80 jaar het tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten met de SCORE2(-OP)-tabel (zie tabel 2).

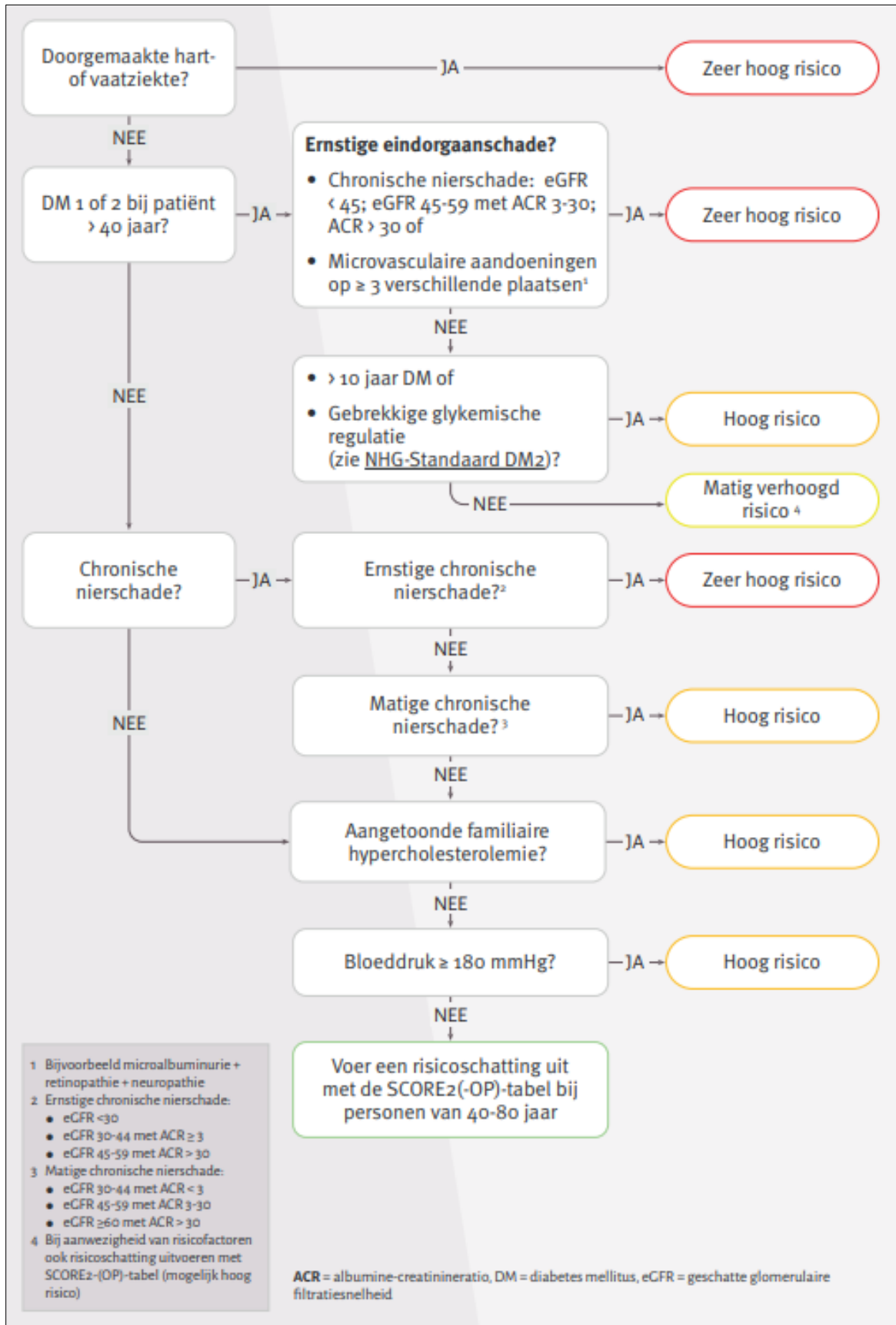
Vermenigvuldig de risicoscore met 1,5 bij patiënten met reumatoïde artritis.

Indien het geschatte risico dicht bij een behandelgrens ligt, kan een van de volgende factoren doorslaggevend zijn om de patiënt te herclassificeren naar een andere risicocategorie:

- aanwezigheid van psychosociale risicofactoren, met name mentale gezondheid en sociaal-economische positie
- coronaire kalkscore, indien bekend\*
  - bij score 0: herclassificeer naar een lagere risicocategorie
  - bij score  $\geq 100$  (of  $\geq 75$ e percentiel): herclassificeer naar een hogere risicocategorie

\* Overweeg de coronaire kalkscore te bepalen bij patiënten van 50-70 jaar als een gesprek over het al dan niet starten van medicamenteuze behandeling geen beslissing oplevert.

**Figuur 1. Risicoschatting hart- en vaatziekten**



**Tabel 2. Risicocategorieën en streefwaarden bij behandelindicatie en beleid**

<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; margin-bottom: 2px;"></div> Zeer hoog risico                     <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: orange; margin-bottom: 2px;"></div> Hoog risico                     <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: yellow; margin-bottom: 2px;"></div> Matig verhoogd risico                     <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: lightgreen; margin-bottom: 2px;"></div> Laag risico                 </div>	Streefwaarde LDL-cholesterol (mmol/L)			Streefwaarde systolische bloeddruk (mmHg) <sup>5</sup>			Beleid
	≤ 70 jaar	> 70 jaar		≤ 70 jaar	> 70 jaar		
		Vitaal	Kwetsbaar		Vitaal	Kwetsbaar	
<b>Doorgemaakte hart- en vaatziekte</b> Gedocumenteerde atherosclerotische HVZ, zoals ACS, coronaire revascularisatie en andere arteriële revascularisatieprocedures, beroerte en TIA, aneurysma aortae, PAV en HVZ die ondubbelzinnig met beeldvormend onderzoek aangetoond zijn	< 1,8	< 2,6	Overweeg standaarddosering medicatie bij voldoende levensverwachting	< 140 (evt. < 130 <sup>4</sup> )	< 150 (evt. < 140 <sup>4</sup> )	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies aanbevolen  Medicamenteuze behandeling aanbevolen
<b>Diabetes mellitus<sup>1</sup> met ernstige eindorgaanschade</b> Chronische nierschade: <ul style="list-style-type: none"> <li>• eGFR &lt; 45, of</li> <li>• eGFR 45-59 met ACR 3-30, of</li> <li>• ACR &gt; 30 of</li> </ul> Microvasculaire aandoeningen op ≥ 3 verschillende plaatsen <sup>2</sup>	< 2,6	< 2,6 (overweeg medicatie bij voldoende levensverwachting)	Start niet of stop medicatie	< 140 (evt. < 130 <sup>4</sup> )	< 150 (evt. < 140 <sup>4</sup> )	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies aanbevolen  Overweeg medicamenteuze behandeling
<b>Ernstige chronische nierschade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eGFR &lt; 30 of 30-44 met ACR 3-30, of</li> <li>• eGFR 45-59 met ACR &gt; 30</li> </ul>							
<b>Diabetes mellitus<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 10 jaar bestaand; of</li> <li>• gebrekkige glykemische regulatie</li> </ul>	< 2,6	< 2,6 (bij voldoende levensverwachting)	Start niet of stop medicatie	< 140 (evt. < 130 <sup>4</sup> )	< 150 (evt. < 140 <sup>4</sup> )	< 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies aanbevolen  Overweeg medicamenteuze behandeling
<b>Matige chronische nierschade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eGFR 30-44 met ACR &lt; 3; of</li> <li>• eGFR 45-59 met ACR 3-30; of</li> <li>• eGFR ≥ 60 met ACR &gt; 30</li> </ul>							
<b>Sterk verhoogde bloeddruk</b> ≥ 180 mmHg <b>Aangetoonde familiale hypercholesterolemie</b> Hoog tienjaarsrisico op HVZ met SCOREz(-OP)							
<b>Diabetes mellitus<sup>1</sup> goed gecontroleerd, &lt; 10 jaar bestaand, geen bewijs van eindorgaanschade en geen extra atherosclerotische HVZ-risicofactoren</b>	Bij keus voor behandeling: < 2,6	Bij keus voor behandeling: < 2,6	Start niet of stop medicatie	Bij keus voor behandeling: < 140 (evt. < 130 <sup>4</sup> )	Bij keus voor behandeling: < 150 (evt. < 140 <sup>4</sup> )	Bij keus voor behandeling: < 150 en ≥ 70 diastolisch	Leefstijladvies aanbevolen  Medicamenteuze behandeling doorgaans niet aangewezen
<b>Matig verhoogd tienjaarsrisico op HVZ met SCOREz(-OP)</b>							
<b>Laag tienjaarsrisico op HVZ met SCOREz(-OP)</b>	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Leefstijladvies aanbevolen  Medicamenteuze behandeling doorgaans niet aangewezen

HVZ = hart- en vaatziekten; eGFR = geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (mL/min/1,73 m<sup>2</sup>); ACR = albumine-creatinineratio (mg/mmol); ACS = acuut coronair syndroom; PAV = perifere arterieel vaatlijden; TIA = transiënte ischemische aanval.

De genoemde leeftijdsgrens in deze tabel is geen absolute grens. Kwetsbaarheid of vitaliteit is niet altijd gebonden aan de leeftijd van de patiënt.

1 Ondubbelzinnig met beeldvormend onderzoek aangetoonde atherosclerotische HVZ omvatten onder andere plaque op coronaire angiografie of echografie van de halsslagader of op CTA. Dit omvat NIET: enige toename van continue beeldvorming parameters zoals intima-media dikte van de halsslagader of coronaire kalk.

2 Diabetes mellitus type 2 of type 1 bij patiënt > 40 jaar.

3 Bijvoorbeeld microalbuminurie + retinopathie + neuropathie.

4 Indien medicatie om dit te bereiken verdragen wordt. Met name bij diabetes mellitus en chronische nierschade.

5 De streefwaarden in deze tabel betreffen spreekkamermetingen (zie tabel 1 op blz. 9).

**Tabel 3. Risicotabel SCORE2 & SCORE2-OP**

Tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten  
(fataal en niet-fataal)

Bloeddruk	Vrouwen				Leeftijd	Mannen							
	Niet-rokers		Rokers			Niet-rokers		Rokers					
160-179	15	15	16	17	75-79	19	21	24	27	24	27	31	34
140-159	13	13	14	15		16	18	21	23	21	23	26	30
120-139	11	11	12	13		14	15	18	20	18	20	23	26
100-119	9	10	10	11		12	13	15	17	15	17	19	22
160-179	10	11	12	12	70-74	15	16	18	19	22	24	26	28
140-159	9	9	10	10		12	13	14	16	18	19	21	23
120-139	7	7	8	8		10	11	12	13	14	16	17	19
100-119	6	6	6	7		8	8	9	10	12	13	14	15
160-179	8	8	9	9	65-69	11	12	12	13	15	16	17	19
140-159	7	7	7	7		9	10	11	11	13	14	15	16
120-139	5	6	6	6		8	8	9	10	11	12	13	13
100-119	5	5	5	5		6	7	7	8	9	10	11	11
160-179	6	6	7	7	60-64	8	9	10	11	13	14	15	17
140-159	5	5	5	6		7	8	8	9	10	11	13	14
120-139	4	4	4	5		6	6	7	8	9	10	10	11
100-119	3	3	4	4		5	5	6	6	7	8	9	10
160-179	4	5	5	5	55-59	7	7	8	9	10	12	13	15
140-159	3	4	4	4		5	6	7	8	9	10	11	12
120-139	3	3	3	3		4	5	5	6	7	8	9	10
100-119	2	2	3	3		4	4	4	5	6	6	7	8
160-179	3	4	4	4	50-54	5	6	7	8	9	10	11	13
140-159	3	3	3	3		4	5	5	6	7	8	9	10
120-139	2	2	2	3		3	4	4	5	6	6	7	8
100-119	2	2	2	2		3	3	3	4	4	5	6	7
160-179	2	3	3	3	45-49	4	5	6	6	7	8	10	11
140-159	2	2	2	3		3	4	4	5	6	7	8	9
120-139	1	2	2	2		2	3	3	4	4	5	6	7
100-119	1	1	1	1		2	2	3	3	3	4	5	5
160-179	2	2	2	3	40-44	3	4	5	5	6	7	8	10
140-159	1	1	1	1		2	3	3	4	5	5	6	8
120-139	1	1	1	1		2	2	3	3	3	4	5	6
100-119	1	1	1	1		1	2	2	2	3	3	4	5

3,0- 4,0- 5,0- 6,0- 3,9 4,9 5,9 6,9    3,0- 4,0- 5,0- 6,0- 3,9 4,9 5,9 6,9    3,0- 4,0- 5,0- 6,0- 3,9 4,9 5,9 6,9    3,0- 4,0- 5,0- 6,0- 3,9 4,9 5,9 6,9

**Non-HDL cholesterol (mmol/L)**

Risico	< 50 jaar	50 - 69 jaar	≥ 70 jaar
laag	< 2,5%	< 5%	-
matig verhoogd	≥ 2,5% - < 7,5%	≥ 5% - < 10%	< 15%
hoog	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

Laag risico: aanbieden van medicamenteuze behandeling doorgaans niet aangewezen  
Matig verhoogd risico: aanbieden van medicamenteuze behandeling doorgaans niet aangewezen  
 Speciale aandacht is gewenst bij jonge mensen in verband met het lifetimerisico  
Hoog risico: overweeg medicamenteuze behandeling aan te bieden

De groepen met een zeer hoog risico vallen buiten deze tabel, zie daarvoor **tabel 1**

**Tabel 3** geeft een schatting van het tienjaarsrisico op hart- en vaatziekten (fataal en niet-fataal) bij personen van 40-80 jaar op basis van geslacht, rookstatus, leeftijd, systolische bloeddruk en non-HDL-cholesterol. De groepen met een zeer hoog risico vallen buiten deze tabel, zie daarvoor tabel 2.

**Tabel 3** bevat de SCORE2 en de SCORE2-OP risicotabellen:

- SCORE2: tienjaarsrisico op HVZ (of sterfte daaraan) bij personen van 40-70 jaar zonder doorgemaakte HVZ bij wie nog geen behandeling is gestart of bij wie behandeling is gestart en de risicofactoren stabiel zijn gedurende meerdere jaren.
- SCORE2-OP (Oudere Personen): tienjaarsrisico voor ouderen van 70-80 jaar (het risico bij ouderen > 80 jaar is altijd hoog).

### Leeftijdsspecifieke risicodrempels

Het geschatte risico valt, afhankelijk van de leeftijd, in verschillende risicocategorieën. De drempels voor deze risicocategorieën zijn leeftijdsafhankelijk. Relatief jonge personen hebben zelfs bij aanwezigheid van meerdere (ook sterk verhoogde) risicofactoren een laag tienjaarsrisico, maar kunnen een hoog lifetimerisico hebben. Zou men voor hen dezelfde risicodrempels hanteren als voor personen van middelbare en hogere leeftijd, dan zou dat leiden tot het niet herkennen van dit hoge lifetimerisico en dus tot onderbehandeling van jongere personen die een groot risico lopen om tijdens hun leven een hart- en vaatziekte te ontwikkelen. Er bestaat echter geen onomstotelijk bewijs voor het uiteindelijke effect van en de therapietrouw bij het voorschrijven van medicatie gedurende vele decennia bij deze jongere personen.

**Tabel 4** Leeftijdsspecifieke risicodrempels

< 50 jaar*	50-69 jaar*	≥ 70 jaar	
< 2,5%	< 5%	n.v.t.	Laag risico
2,5-7,5%	5-10%	< 15%	Matig verhoogd risico
≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%	Hoog risico

>= 70 jaar heeft op basis van leeftijd nooit een laag risico.  
Zie tabel 2 voor de groepen met een zeer hoog risico

Zeer hoog risico

Tabel 2 definieert zeer hoog risico, maar ook hoog risico patiënten.

\*Tienjaarsrisico op fatale en niet-fatale hart-en vaatziekten volgens SCORE2-risicotabel

### 4.3 Diagnostiek en risico inventarisatiefase diabetes mellitus

#### 4.3.1 Diagnostiek diabetes mellitus

- Stel de diagnose diabetes mellitus bij 2 nuchtere plasmaglucozewaarden  $\geq 7,0$  mmol/l, op 2 verschillende dagen.
- Ook is sprake van diabetes mellitus bij een nuchtere plasmaglucozewaarde  $\geq 7,0$  mmol/l of een willekeurige plasmaglucozewaarde  $\geq 11,1$  mmol/l in combinatie met klachten die passen bij hyperglykemie (zie tabel 5).
- Bepaal de HbA1c-waarde niet voor de opsporing en diagnostiek van diabetes.
- Bij een geringe verhoging van de nuchtere waarden spreekt men van een gestoorde nuchtere glucosewaarde (tabel 5).
- Bij een gestoorde glucosetolerantie is sprake van niet-nuchtere glucosewaarde tussen 7,8 en 11,0 mmol/l bij een normale nuchtere glucosewaarde.
- Een gestoorde nuchtere glucosewaarde en een gestoorde glucosetolerantie wijzen beide op een grotere kans op het ontwikkelen van diabetes mellitus en op een verhoogd cardiovasculair risico.
- Besteed vooral bij een BMI < 27 extra aandacht aan het type diabetes. Er bestaan enkele varianten die kunnen lijken op diabetes type 2:
  - maturity-onset diabetes of the young (MODY). Dit is een groep van autosomaal dominant overervende ziekten waarbij een monogenetisch bètaceldefect leidt tot stoornissen in de productie en/of afgifte van insuline. Denk aan MODY bij BMI < 27, leeftijd < 35 jaar en een positieve familieanamnese (MODY in  $\geq 3$  generaties).
  - latent autoimmune diabetes in adults (LADA). LADA is het langzaam ontstaan van type 1- diabetes op oudere leeftijd (> 40 jaar). Het klassieke klinische beeld (korte ziekteduur, hyperglykemie, gewichtsverlies en ketonen in de urine) ontbreekt meestal. De behandeling met orale bloedglucoseverlagende middelen is bij deze patiënten dikwijls minder effectief dan bij patiënten met diabetes type 2. Start dan snel met insulinetherapie.

**Tabel 5. 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	≥ 6.1 en < 7.0 én
	Glucose niet nuchter	< 7.8
Gestoorde glucosetolerantie	Glucose nuchter én/of	< 6.1 én
	Glucose niet nuchter	≥ 7.8 en < 11.1
Diabetes mellitus	Glucose nuchter én/of	≥ 7.0
	Glucose niet nuchter	≥ 11.1

Voorkeur gaat uit naar 2x een meting van de nuchtere glucose, bij voorkeur afname in laboratorium.

#### **4.3.2 Risico inventarisatie diabetes mellitus**

Nadat de diagnose diabetes mellitus gesteld is dient ingeschat te worden of het een zeer-hoog-risico diabetes mellitus type 2 patiënt betreft. Dit heeft invloed op het medicamenteuze beleid, zie verder 4.2.4.

## 5. Behandeling

### 5.1. Voorlichting en niet medicamenteuze behandeling

#### Voorlichting

Geef uitleg over de hoogte van het risico op hart- en vaatziekten.

Leg uit dat dit risico verlaagd kan worden door leefstijlaanpassing en, indien geïndiceerd, door gebruik van cholesterol- en/of bloeddrukverlagende medicatie. 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 10 mmHg 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 (daarbij optredende klachten);
- spuitplaatsen bij insulinegebruikers;
- zelfcontroles (indien wenselijk);
- dagcurven (indien wenselijk);
- belang voetonderzoek en voetverzorging ([Bijlage 2. Onderzoek diabetische voet en protocol\\*](#));
- belang funduscontrole ([Bijlage 3. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus](#)) en protocol\*;
- belang voeding/behandeling diëtist;
- seksuele problemen, gevoelens van depressie of cognitieve stoornissen.

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

#### Leefstijl

Ga met de patiënt na op welke leefstijlfactor(en) de grootste winst te behalen is en wat de meest haalbare aanpak is (zie ook [NHG-Praktijkhandleiding leefstijl voor huisartsen](#) en paragraaf Leefstijl adviezen op blz. 20).

Adviseer:

- niet te roken en meer roken te vermijden
- beweeg voldoende:
  - tenminste 150 minuten/week matig intensieve inspanning zoals wandelen en fietsen verspreid over diverse dagen
  - minimaal 2 x per week spier- en botversterkende activiteiten zoals traplopen, springen en tuinieren (voor ouderen: combineer met balansoefeningen)
  - voorkom > 8 uur per dag zitten
- geen alcohol
- streef naar een gezond gewicht: BMI 20-25 kg/m<sup>2</sup>
- eet gezond volgens de Schijf van Vijf van het Voedingscentrum
- probeer stress te voorkomen, niet te normeren (overweeg verwijzing POH-GGZ)
- zoutbeperking bij een verhoogde bloeddruk

#### Beleid en streefwaardes

Bepaal het beleid op grond van de risicocategorie (tabel 2 op blz. 12) in overleg met de patiënt.

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

**Laag risico:** leefstijladvies aanbevolen; medicamenteuze behandeling doorgaans niet aangewezen. Deze groep valt niet onder de ketenzorg.

**Matig verhoogd risico:** leefstijladvies aanbevolen, medicamenteuze behandeling doorgaans niet aangewezen. Medicatie bij jonge mensen eerder aan de orde. Speciale aandacht is gewenst bij jonge mensen in verband met het hogere lifetimerisico (zie bijlage Lifetimerisico)\*.

**Hoog risico:** leefstijladvies aangewezen, medicatie behandeling aanbevolen. Laat de beslissing om medicamenteus te behandelen onder andere afhangen van het tienjaarsrisico op hart en vaatziekten, de hoogte van de bloeddruk en de mate waarin effect van leefstijlveranderingen te verwachten is, of wanneer de streefwaarden voor LDL-cholesterol en bloeddruk met behulp van het leefstijladvies niet behaald worden.

**Zeer hoog risico:** leefstijladvies aangewezen, aanbieden van medicamenteuze behandeling aanbevolen.

**Los van het risico:** een bloeddruk van 160-180 mmHg vereist leefstijl verandering. Indien de bloeddruk dan nog > 160 mmHg blijft, dan is medicamenteuze behandeling geïndiceerd. Dit kan worden meegewogen bij het opstellen van een behandelplan.

## De invloed van leeftijd

### Jongere personen

Overweeg bij jongere personen met (meerdere) risicofactoren voor hart- en vaatziekten om gebruik te maken van de cardiovasculaire risicoleeftijd ('hartleeftijd') en/of van lifetime risicoschattingen. Deze tools zijn te vinden op [U-prevent](#).

Maak **samen** met de patiënt de afweging tussen enerzijds de mogelijke vermindering van het risico op hart- en vaatziekten door medicamenteuze behandeling (waarvoor wetenschappelijk bewijs nog ontbreekt) en anderzijds de mogelijke nadelen van zeer langdurig gebruik van preventieve medicatie bij een laag absoluut tienjaarsrisico.

### Ouderen

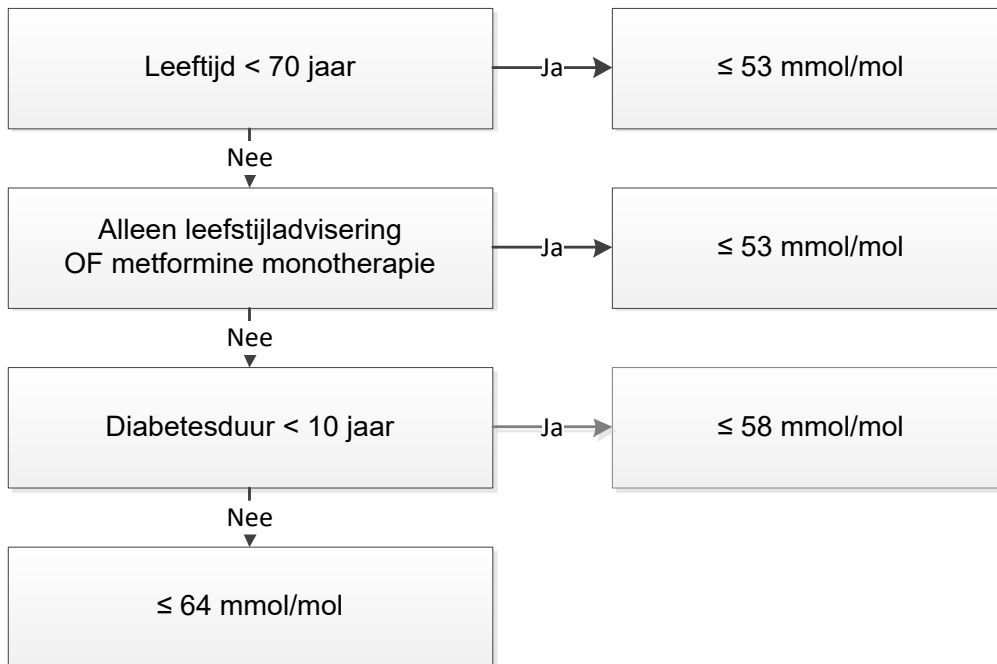
Bij personen zonder hart- en vaatziekten wordt het bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is minder overtuigend naarmate zij ouder en/of kwetsbaarder worden. Dit geldt vooral voor behandeling met statines. Voor ouderen mét hart- en vaatziekten is er wel voldoende bewijs dat medicamenteuze behandeling effectief is, tenzij kwetsbaarheid en bijwerkingen de behandeling niet toelaten of de levensverwachting onvoldoende is.

**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.).

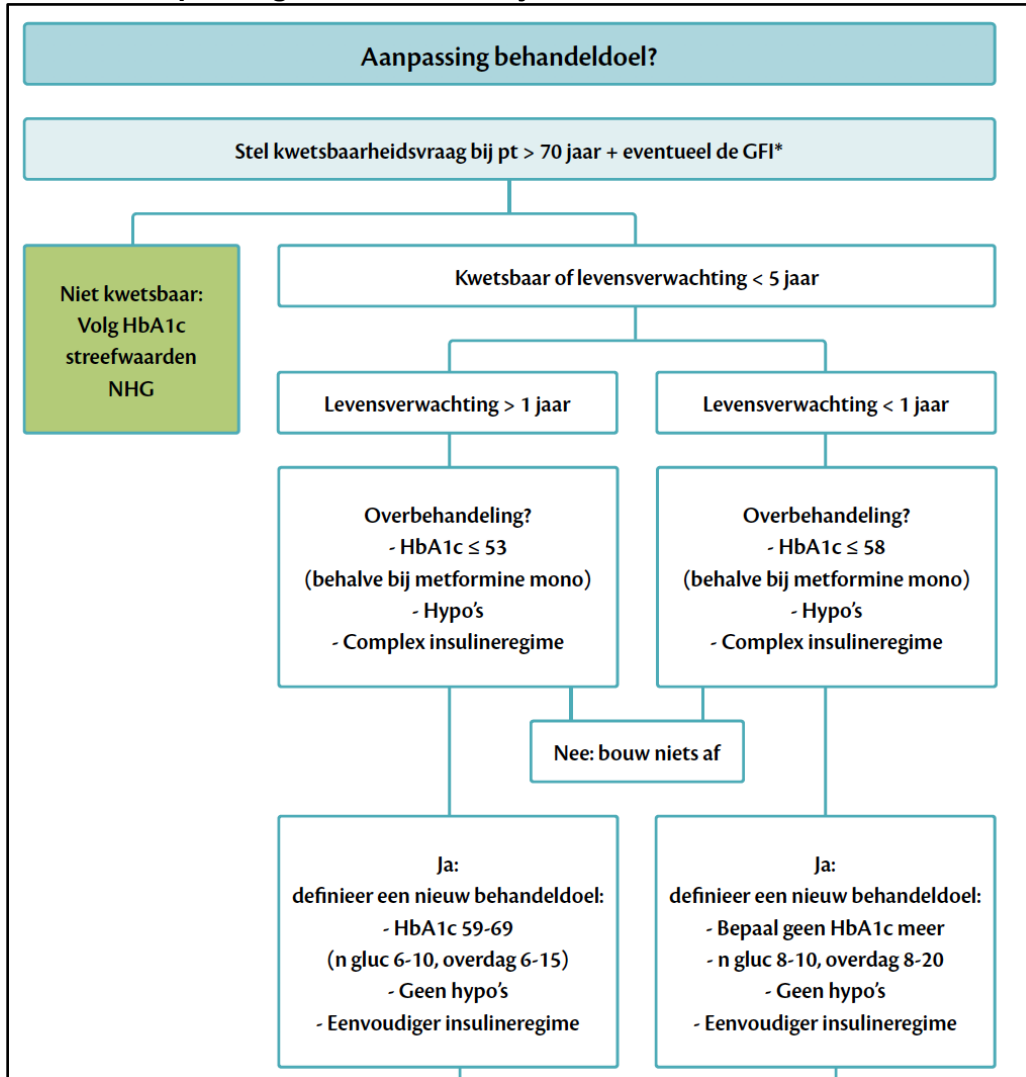
**Algoritme voor het bepalen van de HbA1c-streefwaarde:**



**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 – 69 mmol/mol zijn bij deze patiënten acceptabel.

**Tabel 7. Aanpassing behandeldoel bij kwetsbare ouderen**



## Leefstijl adviezen

### **Gezonde voeding d.m.v. een voedingsadvies en/of een verwijzing diëtetiek**

Zie ook de [Artsenwijzer Diëtetiek](#), deze bevat informatie over indicaties en doelstellingen van dieetbehandeling en hierin staat op welk moment welke voedingszorg geschikt is.

### **Tabel 8. Voedingsadviezen**

Meerdere voedingspatronen zoals een mediterraan voedingspatroon en laag koolhydraat voedingspatroon zijn effectief op glucosewaarden en cardiovasculaire risicofactoren.

- 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:
  - 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 oliën (met uitzondering van zuivel).
- Zout tot maximaal 6 gr./dag.
- Supplementen niet nodig, enkel bij suppletieadvies\*\*.

\* 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 (zoals vit. D). Raad het gebruik van supplementen met rode gist rijst en visoliesupplementen met het doel het LDL-cholesterol te verlagen niet aan.

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.

Verwijsredenen naar diëtist voor DM2:

1. Medische indicaties
  - Nieuwe DM2 diagnose
  - Ontregelde DM2
  - Afwijkend vetspectrum
  - Hypertensie
  - Albuminurie
  - Gastroparese
  - Nierinsufficiëntie eGFR < 60 mmol/L
2. Medicatie
  - Start of wijzigingen van diabetesmedicatie (soort, dosis, toedieningsvorm), inclusief insuline
  - Start van GLP1-RA en/of SGLT2-remmers
3. Op verzoek van patiënt:
  - Specifieke vragen over voeding/toepassing dieet
  - Behoeftte aan extra ondersteuning t.b.v. voeding
  - Wijzigingen in persoonlijke situatie (leef- / werkomstandigheden)
  - Lage gezondheids- of voedselvaardigheden
  - Ongewenst gewichtsverlies- of toename

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

### **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 (door de POH) omvat gedragsmatige ondersteuning, motivational interviewing en wordt indien nodig aangevuld met farmacotherapeutische ondersteuning.

Tips op de website van het Trimbos instituut:

- Het gesprek aangaan [middels het VBA+](#): het Very Brief Advice Plus is een kort én krachtig rookstopadvies.
- Voor [een motiverend gesprek](#) met iemand die niet gemotiveerd is tot stoppen met roken, zijn de '5 R's' (Engelstalig) geformuleerd, zoals [hier](#) te vinden.

Zie ook:

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

### **Beweging**

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.

## 5.2. 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

### 5.2.1. Cholesterol

Maak een keuze op basis van de gewenste procentuele daling van het LDL-cholesterol. Zie [Bijlage 4. Gemiddelde dosis/respons LDL-c verlaging per statine.](#)

**Tabel 9. Berekening van de LDL-daling en therapieschema cholesterolbehandeling**

Streefwaarde LDL-cholesterol	Onbehandelde LDL-cholesterol	
	< 1,8 mmol/L (HVZ ≤ 70 jr)	1,8-2,8 mmol/L
< 2,6 mmol/L (overige patiënten)	2,6-4,1 mmol/L	≥ 4,2 mmol/L
Vereiste LDL-daling		
	< 40%	≥ 40 %
<i>Indien streefwaarde niet bereikt is, zie volgende stap.</i>	↓	↓
Medicatie		
<b>Stap 1. Start Statine</b>	atorvastatine 1dd 10 mg rosuvastatine 1dd 5 mg simvastatine 1 dd 10-40 mg	atorvastatine 1dd 20 mg rosuvastatine 1dd 10 mg
<b>Stap 2. Intensiveer</b>	Verhoog dosering in stappen tot maximale dosering (atorvastatine 1dd 80 mg, rosuvastatine 1 dd 40 mg). Bij onvoldoende effect:* vervang simvastatine 40 mg door atorvastatine 10-20 mg of rosuvastatine 5-10 mg	
<b>Stap 3. Toevoegen ezetimib</b>	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.	
<b>Stap 4. Toevoegen PCSK9-remmer</b>	Als LDL streefwaarde niet bereikt: Op strikte indicatie bij recidieven HVZ of DM met HVZ in 2 <sup>de</sup> lijn of fam. hypercholesterolemie met HVZ. In uitzonderings gevallen is dit een optie bij aangetoonde intolerantie voor 3 statines met daarnaast wel het gebruik van ezetimib.	

Opmerkingen:

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

\* het is gebruikelijk om +/- 3 maanden na het intensiveren of wijzigen van de medicatie een labcontrole te doen.

### 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 10. Aandachtspunten bij verhoogd LDL**

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

#### **4.2.2. Bloeddruk**

Hypertensie behandeling

Stappenplan bij hypertensiebehandeling

##### Stap 1.

##### **Start met 1 middel**

- als de systolische bloeddruk < 150 mmHg is
- bij oudere en kwetsbare patiënten.

Start met 2 middelen bij alle overige situaties (combinatietherapie).

Keuze uit een van de volgende groepen antihypertensiva (let op indicaties genoemd in [Bijlage 5. 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.

Evalueer na 2 weken de bloeddruk.

### **Laboratoriumonderzoek**

Bepaal eGFR, natrium en kalium na 2 weken opnieuw bij:

- afwijkende waarden (eGFR < 60, kalium < 3,8 of > 4,5 mmol/L)
- combinatie van een RAS-remmer met een diureticum
- Zie voor het beleid bij nierfunctiedaling, elektrolytstoornissen en (dreigende) dehydratie de praktische handleiding CVRM.

### **Controles**

Evalueer na 2 weken de bloeddruk en eventuele bijwerkingen. Heroverweeg bij onvoldoende effect secundaire oorzaken van verhoogde bloeddruk en evalueer therapietrouw en leefstijl.

Bij bereiken van de streefwaarde, controleer:

- de bloeddruk 1-2 keer per jaar bij een goed ingestelde bloeddruk en vaker indien dit niet het geval is
- elk jaar creatinine, eGFR, natrium en kalium (bij gebruik van diureticum, RAS-remmer) en vaker op indicatie
- elke 3 jaar glucose en ACR (bij patiënten met diabetes mellitus en/of chronische nierschade ACR minimaal jaarlijks)

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

Afgeraden combinatie:

- ACE-remmer met ARB (risico op nierfalen en niet nuttig)
- $\beta$ -blokker met diureticum (risico op diabetes mellitus)

Let op: Bij toevoeging van een ACE-remmer/ARB en gelijktijdig gebruik van diuretica: halveer de startdoserings of onderbreek indien mogelijk het diureticum vanaf 2-3 dagen voor de start met de ACE-remmer/ARB en herstart na de instelfase. Bij hartfalen is het stoppen van een lisdiureticum meestal ongewenst vanwege de kans op acute decompensatie.

Stap 3. Indien streefwaarde niet bereikt is (spreekkamerbloeddruk  $\geq$  140 mmHg):

**Verhoog de doseringen van reeds gegeven medicatie in stapjes, elke 2-4 weken**

- 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**

- Evalueer alsnog bij het niet bereiken van de streefwaarde leefstijl, therapietrouw en de mogelijkheid van secundaire hypertensie.
- Enige vorm van ambulante meting (thuis of 24-uurs) wordt bij deze patiënten aanbevolen.
- Bij niet verdragen van spironolacton is amiloride 1 dd 10-20 mg een alternatief
- Verwijs naar (vasculair) internist voor analyse therapieresistente hypertensie.

### 4.2.3. Antistolling

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<sup>e</sup> 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) met chads2vasc score man  $\geq 2$ , vrouw  $\geq 3$  is een DOAC geïndiceerd. Bij een kunstklep, vaatprothese, structurele hartafwijking en valvulair AF is een cumarinederivaat (VKA) geïndiceerd. Bij een status na een cardiovasculair event is Ascal reeds geïndiceerd. Het staken van Ascal bij start van een DOAC of VKA dient per indicatie te worden beoordeeld, mede gezien het verhoogde bloedingsrisico bij combinatiebehandeling. In specifieke situaties (zoals bij stentplaatsing) kunnen beiden wel worden gecontinueerd.

#### Overige medicatie

Afhankelijk van welke HVZ de patiënt heeft, is er specifieke medicatie geïndiceerd (zie tabel 11). Check bij elke controle of patiënt daadwerkelijk de bijpassende nodige medicatie chronisch gebruikt.

**Tabel 11. Minimale medicatie bij specifieke aandoening (HVZ, AF, HF)**

	Acetyl salicyl zuur	Clopidogrel	Statine	Bèta blokker	ACE/ARB/ Diureticum/ Calciumantagonist	DOAC	SGLT2-remmer
Myocardinfarct	✓		✓	✓	✓ ACE/ARB tenminste ½ jaar post infarct		
Myocardinfarct + coronair chirurgie of PCI	✓	✓ meestal tijdelijk: ½ -1 jaar na stent plaatsing (soms in combinatie met ticagrelor) conform cardiologenri chtlijn/voorsc hrift	✓	✓			
Angina Pectoris	✓		✓	✓			
Claudicatio/ PAV *	✓ 2 <sup>de</sup> keuze	✓ 1 <sup>ste</sup> keuze*	✓	Vermijden	Een anti-hypertensivum		
CVA/ TIA		✓ **	✓		Een anti-hypertensivum		
Hartfalen	✓		✓	✓	✓ ACE/ARB ✓ Diureticum meestal. Calciumantagonist bij voorkeur niet toepassen		✓
AF met CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc $\geq 2$ man $\geq 3$ vrouw						✓ Bij valvulair AF = VKA	

\* bij PAV wordt sinds 2017 door vaatchirurgen bij voorkeur clopidogrel gegeven. Dus; 1<sup>e</sup> keuze clopidogrel, 2<sup>e</sup> 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

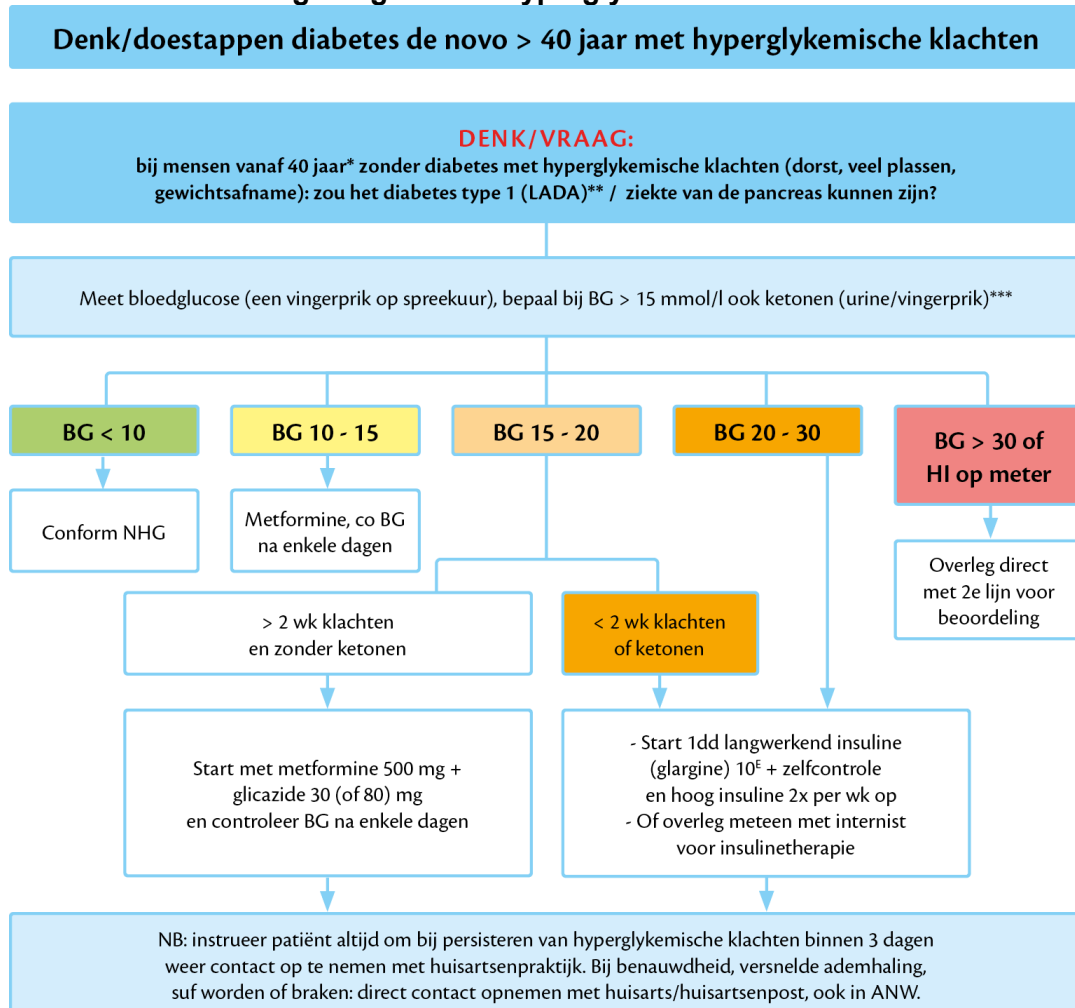
DOAC = direct werkende orale anticoagulantia

Keuze op basis van NHG standaard atriumfibrilleren 2024, zie ook het addendum AF zorgprogramma, op te vragen bij de zorggroep.

#### 4.2.4 DM-medicatie

Bij hyperglykemische klachten of (verdenking op) ernstige ontregeling: volg onderstaande beslisboom.

### Beslisboom Stichting Langerhans: hyperglykemische klachten



Doel van deze beslisboom is om snel progressief bètacelverval te onderkennen en daarmee het risico op een ketoacidose te minimaliseren.

\* < 40 jaar altijd aan DM1 denken.

\*\* LADA (oftewel DM1 op oudere leeftijd) treedt meestal op < 55 jaar, maar kan ook later optreden. Komt vaker voor bij mensen met al een auto-immuunziekte zoals schildklierproblematiek, coeliakie, colitis ulcerosa, Crohn, MS, vitiligo.

\*\*\* Ketonen in de urine kunnen zowel vals negatief als vals positief zijn. Voor meer informatie zie: [www.langerhans.com/kennis/insulinedeficientie](http://www.langerhans.com/kennis/insulinedeficientie)

Als er geen hyperglykemische klachten zijn (of nadat deze zijn beoordeeld volgens de beslisboom): volg onderstaand stappenplan voor medicamenteuze behandeling.

Maak onderscheid tussen de volgende groepen:

- Patiënten met een zeer hoog risico, die niet-kwetsbaar zijn en die een levensverwachting > 5 jaar en een eGFR > 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> hebben. Deze patiënten komen in aanmerking voor het stappenplan in tabel 13 hieronder.
- Overige patiënten. Voor deze patiënten geldt het stappenplan in tabel 14.

**Tabel 12. DM patiënten met zeer hoog risico op HVZ (alleen indien niet-kwetsbaar, met levensverwachting > 5 jaar, en met eGFR > 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)\***

Patiënten met eerder doorgemaakt hart- en vaatziekten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuut coronair syndroom</li> <li>• Angina pectoris</li> <li>• Corona revascularisatie</li> <li>• TIA of beroerte</li> <li>• Symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose</li> <li>• Aorta-aneurysma</li> <li>• Claudicatio intermittens of perifere revascularisatie</li> <li>• Bij beeldvorming aangetoonde atherosclerotische stenose of ischemie</li> </ul>
Patiënten met chronische nierschade met een matig tot sterk verhoogd risico <sup>§</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• eGFR ≥ 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> met ACR &gt; 30 mg/mmol</li> <li>• eGFR 45-59 ml/min/1,73m<sup>2</sup> met ACR &gt; 30 mg/mmol</li> <li>• eGFR 10-44 ml/min/1,73m<sup>2</sup></li> </ul>
Patiënten met hartfalen	Alle vormen van hartfalen, onafhankelijk van de ejectiefractie.

\* Gebaseerd op de CVRM-richtlijn (2024)

§ Zie de [NHG standaard Chronische Nierschade](#). ACR = albumine-creatinineratio.

**Tabel 13. Stappenplan voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten**  
[Bijlage 6a. DM T2: Stroomschema medicatie voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten](#)

Stap 1	SGLT2-remmer. Start GLP1-agonist bij contra-indicatie voor SGLT2-remmer (bijvoorbeeld eGFR < 30 ml/min/1,73m <sup>2</sup> of bij een nuchter glucose ≥ 10 mmol/L op het moment van diagnose).
Stap 2	Voeg metformine toe.
Stap 3	Voeg een GLP1-receptoragonist toe.*
Stap 4	Voeg een van de middelen uit het stappenplan voor patiënten zonder zeer hoog risico toe (combinatie van GLP1-receptoragonist met DPP4-remmer is niet rationeel en wordt ontraden).

\* Bij een zeer hoog risico alleen vanwege hartfalen is er geen aangetoond voordeel van een GLP1-receptoragonist op harde eindpunten.

**Tabel 14. Stappenplan voor patiënten zonder zeer hoog risico op hart- en vaatziekten**  
[Bijlage 6b. DM T2: Stroomschema medicatie voor patiënten zonder zeer hoog risico op hart- en vaatziekten](#)

Stap 1	Metformine.
Stap 2	Voeg gliclazide toe.* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overweeg om bij een BMI <math>\geq 30</math> een GLP1-agonist toe te voegen in plaats van gliclazide.</li> <li>• Overweeg om in plaats van gliclazide een SGLT2-remmer toe te voegen bij niet-kwetsbare patiënten zonder zeer hoog risico met <math>\geq 4</math> cardiovasculaire risicofactoren</li> </ul>
Stap 3	Maak een keuze afhankelijk van de benodigde HbA1c-daling, patiëntkenmerken en patiëntvoorkeuren <ul style="list-style-type: none"> <li>• HbA1c 1-9 mmol/mol boven de streefwaarde: voeg gliclazide, DPP4-remmer of SGLT2-remmer toe</li> <li>• HbA1c 10-19 mmol/mol boven de streefwaarde: voeg GLP1-agonist of (middel)langwerkende insuline toe</li> <li>• HbA1c <math>\geq 20</math> mmol/mol boven de streefwaarde: voeg (middel)langwerkende insuline toe</li> </ul>
Stap 4	Voeg een ander middel uit stap 3 toe. Bij (middel)langwerkende insuline in stap 3 (of stap 4): intensiveer insulinetherapie of voeg een GLP1-agonist toe.

\* Patiënten zonder eerder doorgemaakte hart- en vaatziekte of hartfalen en zonder chronische nierschade met een matig tot sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

\*\* Bij patiënten met een clustering van cardiovasculaire risicofactoren of bij patiënten met obesitas kan worden overwogen om in plaats van gliclazide een middel te kiezen dat leidt tot reductie van het cardiovasculaire risico en/of het gewicht

[Bijlage 6c. DM T2: Werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2 remmers](#)

## Insuline

[Bijlage 7a. Stroomschema instellen + controle insuline](#)

[Bijlage 7b. 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 een patiënt bij diagnose bij herhaling een nuchtere glucose van  $> 20$  mmol/l heeft 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

SGLT-2 remmers en GLP-1 receptoragonisten geven een zeer significante afname van het van het risico op hart- en vaatziekten en/ of progressie van de chronische nierschade dan wel hartfalen in de groep diabetes mellitus type 2 patiënten met een zeer hoog risico (tabel 12).

Daarom wordt in deze groep, bij een HbA1c  $> 53$  mmol/mol, gestart met deze middelen (zie tabel 13) bij diagnose van diabetes mellitus type 2 dan wel bijgevoegd bij al bekende diabetes mellitus type 2. Het primaire doel van deze toevoeging is reductie van het risico op hart- vaatziekten, nierschade en hartfalen en niet de verlaging van de bloedglucosewaarde.

Daarnaast stimuleren GLP-1 receptoragonisten en DPP-4-remmers 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 maagontleding 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. SGLT2-remmers onderdrukken de terugresorptie van glucose uit de voorurine in de nier en zorgen op deze manier voor glucosurie en daardoor verlaging van de bloedglucosewaarde.

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

Zie ook de RTA ten aanzien van het voorschrijven van SGLT-2-remmers bij zeer hoog risico patiënten met DM type 2 of patiënten met symptomatisch chronisch hartfalen zonder DM type 2. Deze is [hier](#) te vinden.

### **5.3. Individueel ZorgPlan**

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 event vaststellen 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 het KIS.

## 5.4. Controle en follow up

### Bijlage 7a. 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/ -palpitaties
  - 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](#). 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, tenzij op indicatie.

Bij iedereen onder behandeling voor CVRM:

- 1 keer per 3 jaar: glucose.
- Verder standaard lab jaarlijks: eGFR, Na, K, ACR urine. Cholesterol spectrum op indicatie jaarlijks.

Bij DM/chronische nierschade & CVRM:

- Jaarlijks glucose en ACR.
- Jaarlijks HbA1c bij DM orale therapie, en bij insulinegebruik HbA1c elke 3 maanden.

### **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, 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.
- Directe betrokkenheid van de huisarts bij CVRM/DM-zorg is essentieel voor de huisarts om voldoende expertise te krijgen en te behouden rond deze zorg. Bij ontbreken van voldoende bekwaamheid van de huisarts valt ook de bevoegdheid van de huisarts, maar ook de praktijkondersteuner weg om deze patiëntengroepen te mogen behandelen.

### **5.5. Diabetes mellitus type 2 in remissie**

Er is sprake van diabetes type 2 in remissie indien er  $\geq 3$  maanden sprake is van een nuchtere glucosewaarde < 7 mmol/L én HbA1c < 48 mmol/mol zonder gebruik van medicatie. Het advies is om bij deze patiënten gedurende 5 jaar nog een jaarlijkse controle uit te voeren.

### **5.6. 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.

## 6. Verwijsafspraken huisartsen specialisten

### 6.1 Intercollegiale e-consultatie kaderhuisarts

Voor intercollegiale consultatie kan er middels een e-consultatie in VIPLive worden overlegd (Zorggroep Gelders Rivierenland) of via een meedenkconsult in Zorgdomein (Eerstelijns Centrum Tiel). Zowel de kaderhuisarts 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

Huisartsen hebben de mogelijkheid om de internist of cardioloog te raadplegen via VIPLive (Zorggroep Gelders Rivierenland) of via een meedenkconsult in Zorgdomein (Eerstelijns Centrum Tiel). 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.

### 6.3. Verwijzing specialist

De patiënt wordt bij specifieke complicaties verwezen naar de specialist volgens tabel 15. (zie volgende bladzijde). Bij verwijzen wordt het hoofdbehandelaarschap overgedragen aan de medisch specialist.

### 6.4 Terug verwijzing huisarts

#### [Bijlage 8. 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.

**Tabel 15. Verwijzing en consultatie kaderhuisarts/ tweede lijn**

Wanneer	Definitie	Naar wie
Onvoldoende metabole regulatie	Moeilijk instelbaar / slechte regulatie (HbA1c > 64-69 mmol/mol) Zeer wisselende bloedglucose waarden	<a href="#">e-consult</a> kaderhuisarts / internist  Indien geen verbetering, verwijzing internist
Chronische nierschade	Risicocategorie geel, oranje, rood Zie <a href="#">NHG standaard Chronische Nierschade</a>	<a href="#">e-consult</a> kaderhuisarts / internist
Dyslipidemie	Niet bereiken streefwaarde LDL (behandeling > 6 maanden) Triglyceriden > 5 mmol/l ondanks medicatie	<a href="#">e-consult</a> kaderhuisarts / internist  Indien geen verbetering, verwijzing internistinternist
Hypertensie	Niet bereiken individuele streefwaarde ondanks 3 antihypertensiva (behandeling > 6 maanden)  Vermoeden secundaire hypertensie	<a href="#">e-consult</a> kaderhuisarts / internist  Indien geen verbetering, verwijzing internist
Verdenking MODY of LADA		<a href="#">e-consult</a> kaderhuisarts / internist  zo nodig verwijzing internist
Obesitas	Indien bariatrische chirurgie of gewichtsreducerende medicatie gewenst is en BMI > 35 kg/m <sup>2</sup>	<a href="#">e-consult</a> kaderhuisarts verwijzing 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
<b>Micro-vasculaire complicaties</b>		
Retinopathie	Stroomschema fundusfotografie <a href="#">Bijlage 3. Risicofactoren diabetische retinopathie en screeningsfrequentie fundus</a>	Oogarts
Diabetische voet	Vaatlijden Neuropathie Wond onderbeen Standafwijkingen (o.a. Charcot) <a href="#">Bijlage 2. Onderzoek Diabetische voet</a>	DM-voetenpoli ZRT
<b>Macro-vasculaire complicaties</b>		
Macro-angiopathie	Het optreden van incidenten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coronair lijden</li> <li>- Perifeer vaatlijden</li> <li>- TIA/CVA</li> <li>- Aneurysma</li> </ul>	Cardioloog Vaatchirurg Neuroloog Vaatchirurg

Conform de richtlijn CVRM 2024 zijn er geen verschillen in streefwaarden binnen de eerste en tweede lijn t.a.v. patiënt specifieke 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.

## **7. Kwaliteit, organisatie en financiën**

### **7.1. Keuze en gebruik HIS/KIS**

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 het HIS geregistreerd.

### **7.2. Registratie**

Gegevens dienen uniform geregistreerd te worden in het HIS. 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. Verantwoordelijkheid en regie**

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

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.

### **7.4. 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 VIPLive en zijn een hulpmiddel om te komen tot concrete verbeteracties in de praktijk. De kwaliteitsindicatoren volgens de landelijke benchmark van Ineen worden hierbij gevolgd.

### **7.5. Financiën**

Het zorgprogramma is gecontracteerd in een DBC.

De vergoeding voor de praktijk geldt voor alle contacten (telefoon, consult en visite) van de praktijk in het kader van de DM- of CVRM-zorg met patiënten die deelnemen aan het zorgprogramma. Contacten kunnen dus niet los gedeclareerd worden.

Diagnostiek valt niet onder de ketenzorg vergoeding.

M&I-verrichtingen zoals enkel-arm index, ECG, Holter en 24 uurs-bloeddrukmeting maken geen deel uit van de integrale bekostiging en kunnen apart gedeclareerd worden.

De M&I-verrichtingen bij DM vallen wel onder de ketenzorg vergoeding en kunnen niet apart gedeclareerd worden.

## 8. Bijlagen

### ***Bijlage 1. Aanbevelingen over starten en stoppen medicamenteuze behandeling van ouderen bij CVRM.***

#### **Vitale Ouderen (70+) streefwaarden**

##### LDL behandeling:

- met HVZ en/of zeer hoog risico: statine, streefwaarde < 2,6.
- zonder HVZ:
  - bij zeer hoog en hoog risico: overweeg medicatie, streefwaarde < 2,6.
  - bij matig verhoogd risico: geen medicatie.

##### Bloeddruk behandeling:

- met HVZ: < 150 (event. < 140)
- zonder HVZ: bij zeer hoog, of hoog risico < 150 (event. < 140)

#### **Kwetsbare Ouderen**

##### LDL behandeling:

- met HVZ en/of zeer hoog risico: een statine mits voldoende levensverwachting. Er is geen strikte streefwaarde.
- zonder HVZ, ook indien zeer hoog risicogroep: geen statine! Of stoppen.

##### Bloeddruk behandeling:

- met HVZ en/of zeer hoog risico: < 150 (event. < 140) en  $\geq 70$  diastolisch (behalve bij hartfalen, mag dan lager zijn)
- zonder HVZ: bij zeer hoog, of hoog risico < 150 en diastolisch > 70

## **Bijlage 2. Onderzoek Diabetische voet**

De Sims-classificatie wordt minimaal jaarlijks vastgesteld in de huisartsenpraktijk door de POH en/of huisarts (screening). Zie ook tabel 1: Sims-classificatie. 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 sociaaleconomische 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 voeterteriën: Bij afwezigheid van beide pulsaties (aanwezigheid van één pulsatie wordt als normaal beschouwd), wordt eenvoudig Doppleronderzoek verricht. Indien **monofasische** tonen worden gehoord, wordt de enkel-armindex bepaald.
- Indien er getwijfeld wordt aan de vascularisatie dient een teendrukmeting verricht te worden in het ziekenhuis.

### **Instructie en interpretatie**

- Voelen van de perifere pulsaties ter hoogte van de a. dorsalis pedis en de a. tibialis posterior; goed voelbare pulsaties van **één van de twee arteriën: geen aanwijzingen voor PAV**.
- Bij afwezige pulsaties (van zowel de a. dorsalis pedis als de a. tibialis posterior) een Doppler-signaalmeting uitvoeren. Bij **trifasische vaattonen: geen sprake van tekenen van PAV**.
- Bij afwijkende vaattonen (**mono- of bifasische tonen**): uitvoeren **Enkel-Arm Index (EAI)**.
- Bij een EAI tussen de 0,9-1,3 is PAV minder waarschijnlijk, bij een **EAI < 0,9** wordt de **diagnose aanwijzingen voor PAV** gesteld.
- Geen vaattonen hoorbaar "mogelijk ernstig PAV" overleg met de hoofdbehandelaar (zolang de patiënt geen klachten heeft en er geen ulcus is, zal het beleid meestal afwachtend zijn). Overleg zo nodig met de vaatchirurg.

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 Sims-classificatie. Deze dient als leidraad voor de controlefrequentie en verwijzing naar podotherapeut. Zie hiervoor tabel 1 op de volgende bladzijde.

**Tabel 1: Opbouw Sims-classificatie:**

Classificatie	Risicoprofiel	Controrefrequentie
Sims 0	Geen verlies van de PS of aanwijzingen voor PAV*	1 maal per 12 maanden
Sims 1	Verlies van de PS of aanwijzingen voor PAV Zonder tekenen van lokaal verhoogde druk	1 maal per 6 maanden
Sims 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlies PS in combinatie met aanwijzingen voor PAV of,</li> <li>• Aanwijzingen voor PAV in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk** of,</li> <li>• Verlies PS in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk** of,</li> <li>• Verlies PS in combinatie met aanwijzingen voor PAV en tekenen van lokaal verhoogde druk**.</li> </ul>	1 maal per 3 maanden
Sims 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcus of amputatie in de voorgeschiedenis</li> <li>• Inactieve Charcot-voet</li> <li>• Eindstadium nierfalen (eGFR &lt; 15 ml/min) of nierfunctie vervangende therapie (dialyse)</li> </ul>	1 maal per 1-3 maanden
<p>* In het kader van deze zorgmodule wordt met aanwijzingen voor PAV bedoeld: afwijkingen bij anamnese en/of lichamelijk onderzoek zoals claudicatio intermittens of rustpijn, een EAI &lt; 0,9, een TAI &lt; 0,75 of een tcpO2 &lt; 60 mmHg.</p> <p>**Hiermee wordt bedoeld: klinische (zichtbare) tekenen van verhoogde druk gedefinieerd als overmatige lokale eeltvorming (inclusief eelt in de nagelwal en likdoorns) en/of lokale ontstekingsverschijnselen zoals zwelling, roodheid, of warmte en/of intra- of subcutane bloeding en/of blaarvorming. Hiermee wordt niet bedoeld: droog, niet snijdbaar (diffuus) eelt.</p>		

**Werkafspraken Zorggroep – Podotherapeuten – momenteel in herziening**

- Conform de NHG standaard vindt jaarlijks screening door de POH / huisarts plaats en bij twijfel door de podotherapeut.
- De HA/ POH-S bepaalt de risicoclassificatie volgens Sims.
- Vanaf Sims 1 verwijst de HA/POH-S de patiënt naar de podotherapeut.
- Patiënten worden door de HA/POH-S alleen verwezen naar een podotherapeut die een samenwerkingsovereenkomst heeft met Zorggroep Gelders Rivierenland. Een overzicht van aangesloten praktijken is te vinden op de website van de Zorggroep of klik [hier](#).
- Patiënten worden via het KIS verwezen naar de podotherapeut.
- De HA/POH-S verschaft de volgende informatie aan de podotherapeut via het KIS:
  - n.a.w. gegevens verwijzende praktijk
  - n.a.w. gegevens cliënt (inclusief geboortedatum, BSN nummer en verzekeringsgegevens)
  - sims classificatie
  - individueel zorgplan indien aanwezig
  - relevante labwaarden, meetwaarden, medicatie, co-morbiditeit
- De podotherapeut bepaalt vervolgens het zorgprofiel.
- Podotherapeut kan een patiënt indien nodig, doorverwijzen naar een medisch pedicure of pedicure met aantekening diabetische voet voor instrumentele behandeling vanaf zorgprofiel 2.
- De podotherapeut verwijst nieuwe patiënten ook naar pedicures buiten de eigen praktijk (niet alleen naar de pedicure in dienst van de praktijk, indien het geval).
- Wanneer de behandeling alleen persoonlijke verzorging betreft wordt dit niet vanuit de basisverzekering vergoed.

- De podotherapeut registreert het zorgprofiel en behandelplan in het KIS voor een terugkoppeling naar de huisarts. Indien een pedicure betrokken is bij de zorg wordt ook de naam van de pedicure + praktijk genoemd.
- Podotherapeut registreert elk contactmoment (met de podotherapeut) in de voetcontrole in het KIS zodat de huisarts/POH op de hoogte blijft van de situatie, minimaal 1 keer per jaar.

**Tabel 2. Sims en bijbehorend zorgprofiel**

Risicoclassificatie volgens Sims	Indicatie	Zorgprofiel
0 (laag risico)	Geen verlies PS Geen aanwijzingen voor PAV	-
1 (licht verhoogd risico)	Verlies PS <i>of</i> Aanwijzingen voor PAV* <i>NB Geen tekenen van lokaal verhoogde druk aanwezig!</i>	1
2 (hoog risico)	Verlies PS in combinatie met aanwijzingen voor PAV <i>NB Geen tekenen van lokaal verhoogde druk aanwezig!</i>	2
2 (hoog risico)	Aanwijzingen voor PAV in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk <i>of</i> Verlies PS in combinatie met tekenen van lokaal verhoogde druk <i>of</i> Verlies PS in combinatie met aanwijzingen voor PAV en tekenen van lokaal verhoogde druk	3
3 (sterk verhoogd risico)	Voetulcus/amputatie in de voorgeschiedenis <i>of</i> Inactieve Charcot-voet <i>of</i> Eindstadium nierfalen (eGFR < 15 ml/min) of nierfunctie vervangende therapie (dialyse)	4
* Hierbij moet worden opgemerkt dat mensen met Sims 1 en ernstige perifere ischemie op basis van PAV buiten het bestek van deze afspraken vallen, en individueel door de hoofdbehandelaar moeten worden beoordeeld op zorgbehoefte.		

#### **Aanvullend beleid gericht op het voorkomen van voetproblemen**

- Bij een droge huid, adviseer het smeren van crème met ureum
- Bij neuropathie, de volgende adviezen:
  - Dagelijks de voeten te controleren
  - Niet blootvoets te lopen
  - Sokken zonder stiksels en naden te dragen
  - Geen gebruik te maken van en op te passen bij warmtebronnen
- Bij drukplekken en overmatig eeltvorming:
  - Overweeg drukontlastende therapieën
  - Controle schoenen en verstrekken passend schoenadvies
- Bij voetklachten, standsafwijkingen of drukplekken een verwijzing naar de podotherapeut
  - Desgewenst kan het advies gegeven worden voor een doorverwijzing naar de revalidatiearts of orthopedisch chirurg (via DM-voetenteam ZRT).
- Bij een ulcus direct contact met de huisarts

#### **Beleid ulcera**

- *Niet-plantair gelegen oppervlakkig neuropathisch ulcus zonder tekenen van perifeer vaatlijden, dat met eenvoudige maatregelen en schoenaanpassing volledig drukvrij gelegd kan worden:*
  - ➔ 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<sup>e</sup> lijn via Zorgdomein, via menu Heelkunde (of op indicatie via Interne Geneeskunde).

### Bijlage 3. 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 4. Gemiddelde dosis/respons LDL-c verlaging**

<b>Statine</b>	<b>5mg</b>	<b>10mg</b>	<b>20mg</b>	<b>40mg</b>	<b>80mg</b>
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 i.v.m. toxiciteit

## Bijlage 5. Formularium Rivierenland DM en CVRM medicatie

### Bloedglucose verlagende medicatie uit het stappenplan

Stofnaam	Preparaat	Dosering	Gebruiksadvies
<b>Metformine</b>	Metformine Tab. 500, 850, 1000 mg	1 e week: 1 dd 500 mg, 2e week 2 dd 500 mg; max. 2 dd 1000 mg, bij BMI >30: max. 3 dd 1000 mg	Tijdens of na de maaltijd Contact opnemen bij braken, koorts, ernstige diarree
<b>SU-derivaten</b>			
<b>Gliclazide</b>	Gliclazide Tab. (mga) 80 mg Tab. (mga) 30,60	1 dd 1-4 tab à 30 mg 1-3 dd 80 mg bij de maaltijd 1 dd 30-120 mg bij ontbijt	Wissel niet tussen de 30 en 80 mg tablet en combineer ze niet
<b>Insuline</b>			
<b>NPH-insuline</b>	NPH-insuline Insulatard®, Humuline NPH®, Insuman basal® 100 E/ml	Startdosering 1 dd 10 E, individueel instellen op geleide van de nuchtere bloedglucosespiegel	1 dd tussen avondeten en bedtijd, subcutaan in dij, bovenarm of buikwand
<b>Insuline glargine</b>	Abasaglar®, Lantus® 100 E/ml	Startdosering 1 dd 10 E, individueel instellen op geleide van de nuchtere bloedglucosespiegel	1 dd op vast tijdstip, subcutaan in dij, bovenarm of buikwand Insuline
<b>Detemir</b>	Levemir® 100 E/ml	Startdosering 1 dd 10 E, individueel instellen op geleide van de nuchtere bloedglucosespiegel	1 dd op vast tijdstip, subcutaan in dij, bovenarm of buikwand
<b>Insuline degludec</b>	Tresiba® 100 E/ml	Startdosering 1 dd 10 E, individueel instellen op geleide van de nuchtere bloedglucosespiegel	1 dd op vast tijdstip, subcutaan in dij, bovenarm of buikwand. Het is mogelijk flexibel te zijn met het tijdstip van toedienen. Alleen voorschrijven op strikte indicatie*
<b>DPP4-remmers</b>			
<b>Sitagliptine</b>	Januvia® Tab. 25/50/100 mg	1 dd 100 mg	1 dd op vast tijdstip
<b>Linagliptine</b>	Trajenta® Tab. 5 mg	1 dd 5 mg	1 dd op vast tijdstip
<b>GLP1-RA</b>			
<b>Liraglutide</b>	Victoza® Injectievloeistof 6 mg/ml	1 dd 0,6 mg. Na minimaal 1 week 1 dd 1,2 mg. Enkele patiënten kunnen baat hebben bij verhoging naar 1,8 mg	1 dd op vast tijdstip, subcutaan in dij, bovenarm of bovenarm

<b>Dulaglutide</b>	Trulicity® Injectievloeistof 1,5 mg/ml (0,5 ml), 3 mg/ml (0,5 ml), 6 mg/ml (0,5 ml) of 9 mg/ml (0,5 ml)	Monotherapie: 0,75 mg 1 x/week. Combinatietherapie: 1,5 mg; zo nodig dosering na ten minste 4 weken verhogen naar 3 mg/week; vervolgens zo nodig na ten minste 4 weken verhogen naar max. 4,5 mg. Bij ouderen begindosering 0,75 mg	1x/week, subcutaan in dij, buik of bovenarm
<b>Semaglutide</b>	Ozempic® Injectievloeistof 1,34 mg/ml	1 x/week. Begindosering: 0,25 mg, na 4 weken verhogen naar 0,50 mg, na tenminste 4 weken zo nodig verhogen naar 1 mg 1x/week	1x/week. subcutaan in dij, buikwand of bovenarm
<b>Semaglutide</b>	Rybelsus® Tab. 3, 7 of 14 mg	Startdosering: 1 dd 3 mg, na 4 weken Tab. innemen (zonder breken, pletten of kauwen) met max. verhogen naar 1 dd 7 mg, na 4 weken zo nodig verhogen naar 1 dd 14 mg	Een half glas water, op een lege maag. Na inname ten minste 30 minuten wachten met drinken, eten of inname van andere orale geneesmiddelen. Alleen voorschrijven op strikte indicatie**
<b>SGLT2-remmers</b>			
<b>Dapagliflozine</b>	Forxiga® Tab. 5, 10 mg	1 dd 10 mg	Zie contra-indicaties, waarschuwingen en voorzorgen in de tekst.
<b>Empagliflozine</b>	Jardiance® Tab. 10, 25 mg	Startdosering 1 dd 10 mg, zo nodig verhogen naar 1 dd 25 mg	

GRIJS Géén eerste keuze. Middelen alleen voorschrijven op strikte indicatie.

\* Noodzaak voorschrijven bij DM T2 in eerste lijn zeer beperkt.

\*\* Effectieve maximale dosering is helft van sc toediening, effectiviteit op verlaging van het risico op hart- en vaatziekten en/of progressie van de chronische nierschade dan wel hartfalen is niet bewezen.

### Aanpassing dosering bij verminderde nierfunctie

<b>Metformine</b>	eGFR 10-30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : max. 1 dd 500 mg eGFR 30-50 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 2 dd 500 mg* eGFR 50-60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 2-3 dd 500 mg*
<b>Gliclazide/tolbutamide</b>	eGFR >10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig
<b>NPH-insuline/analogue insuline</b>	Dosisaanpassing niet nodig (bij stabiel verminderde nierfunctie); insulinebehoefte kan afnemen bij nierinsufficiëntie
<b>Sitagliptine</b>	eGFR <30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 1 dd 25 mg eGFR 30-45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 1 dd 50 mg
<b>Liraglutide/semaglutide/dulaglutide</b>	eGFR >10 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig
<b>Dapagliflozine</b>	eGFR >10ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : geen dosisaanpassing nodig. Start niet bij eGFR <15 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> **
<b>Empagliflozine</b>	eGFR 30-59 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> : 1 dd 10 mg Start niet bij eGFR <15 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> **

\* eventueel in individuele gevallen op te hogen in overleg met de internist-nefroloog

\*\* conform NHG-standaard DM2 2026

**CVRM medicatie**

Soort medicatie	1 <sup>e</sup> keuze	2 <sup>e</sup> keuze, andere mogelijkheden
<b>Angiotensie-II-receptorantagonisten</b>	Losartan	Candesartan Valsartan Irbesartan Telmisartan
<b>ACE-remmers</b>	Enalapril	Lisinopril Fosinopril Ramipril Perindopril *
<b>Diuretica</b>	Hydrochloorthiazide (HCT)	Chloortalidon Indapamide
<b>Calciumantagonisten</b>	Amlodipine	Nifedipine retard Lercanidipine

<b>Statines</b>	Simvastatine Atorvastatine Rosuvastatine	Pravastatine Fluvastatine
<b>Overige cholesterolverlager</b>	Ezetimibe Fibraat Bempedoinezuur** PCSK9-remmers	Gemfibrozil

Eerste keuze	Tweede keuze of andere mogelijkheden
<b>ACE-remmers</b>	
Enalapril 10mg 1dd	Lisinopril 10mg 1dd Fosinopril 10mg 1dd Ramipril 2,5mg 1dd Perindopril 4mg 1dd*
<b>Angiotensine-II-receptorantagonisten</b>	
Losartan 50mg 1dd	Candesartan 8mg 1dd Valsartan 80mg 1dd Irbesartan 150mg 1dd Telmisartan 40mg 1dd
<b>Calciumantagonisten</b>	
Amlodipine 5mg 1dd	Nifedipine retard 30mg 1dd Lercanidipine 10mg 1dd
<b>Diuretica</b>	
Hydrochloorthiazide 12,5mg 1dd	Chloortalidon 12,5mg 1dd Indapamide 2,5mg 1dd
<b>Bètablokkers</b>	
Metoprolol 50mg 1dd	Atenolol 25mg 1dd Bisoprolol 5mg 1dd

\* Bij hartfalen valt deze onder 1<sup>e</sup> keuze.

\*\* bij niet verdragen statine/ezetimibe en niet behalen streefwaarde bij (zeer) hoog risicopatiënten, vergoeding vooralsnog onder voorwaarden.

Het doseringsschema volgt hieronder.

ACE-remmer:

- bij ouderen: halveer de startdosering
- bij verminderde nierfunctie (eGFR 10-50): pas de dosis aan, afhankelijk van het middel

ARB:

- bij ouderen: halveer de startdosering
- bij eGFR > 10 is dosisaanpassing niet nodig
- veroorzaakt minder vaak kriebelhoest dan ACE-remmer

calciumantagonist:

- bij patiënten met tevens atriumfibrilleren gaat de voorkeur uit naar diltiazem mga 1dd 200 mg of verapamil mga 1 dd 120 mg
- bij voorkeur geen calciumantagonisten aan patiënten met hartfalen

thiazidediureticum:

- geef bij voorkeur geen thiazidediuretica bij VG jicht of basaalcel- of plaveiselcelcarcinoom

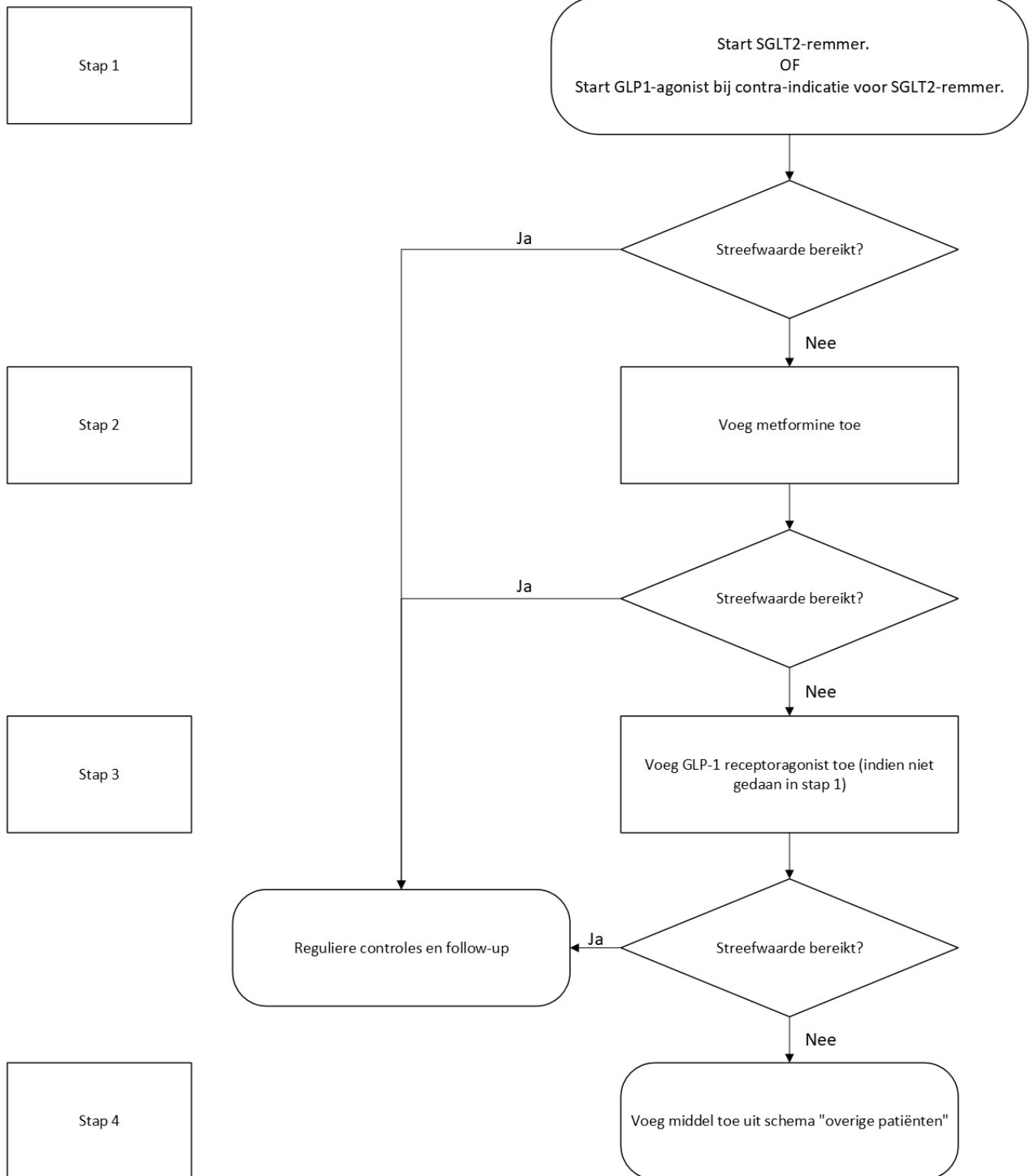
bètablokker:

- bij voorkeur geen bètablokker bij een verhoogd risico op diabetes, zoals bij overgewicht en bij verhoogde glucosewaarden

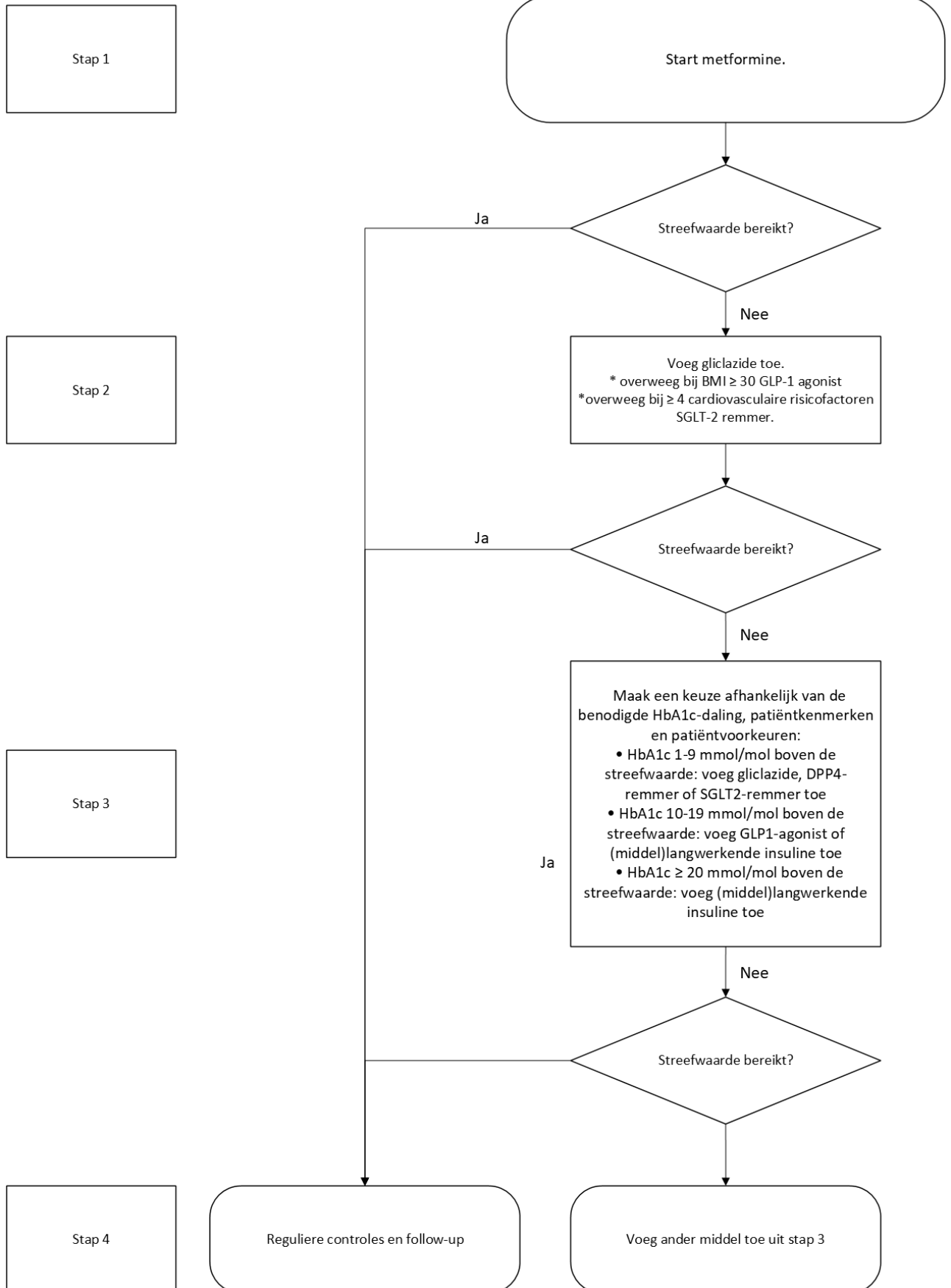
Om de therapietrouw te verhogen kan een combinatiepreparaat een optie zijn. Op basis van kosten gaat de voorkeur uit naar combinatiepreparaten van ACE-remmer (enalapril of lisinopril) en thiazidediureticum (hydrochloorthiazide) of, ARB (telmisartan, losartan of irbesartan) en thiazidediureticum (hydrochloorthiazide)

Patiënt kenmerk	Bloeddrukverlagend middel
Albuminurie (ARC >3 mg/mmol)	ACE-remmer, ARB
Eerder myocardinfect	ACE-remmer of ARB, $\beta$ -blokker (1 <sup>e</sup> jaar)
Angina pectoris	$\beta$ -blokkers, calciumantagonist
Hartfalen	ACE-remmer of ARB, $\beta$ -blokker, diuretica, mineralcorticoidereceptorantagonist, SGLT2-remmer
Atriumfibrilleren	$\beta$ -blokker, , diltiazem of verapamil, ACE-remmer of ARB, kaliumsparend diureticum, mineralcorticoidereceptorantagonist
PAV	ACE-remmer
Diabetes mellitus	ACE-remmer of ARB
Zwangerschap	Methyldopa, labetalol, calciumantagonist
Personen van West- of Zuid-Afrikaanse afkomst	Diuretica en calciumantagonist
70+	Vermijd $\beta$ -blokker/alphablokker
Patiënten met chronische nierschade: zie <a href="#">Bijlage 21</a> of <a href="#">NHG-Chronische Nierschade</a>	

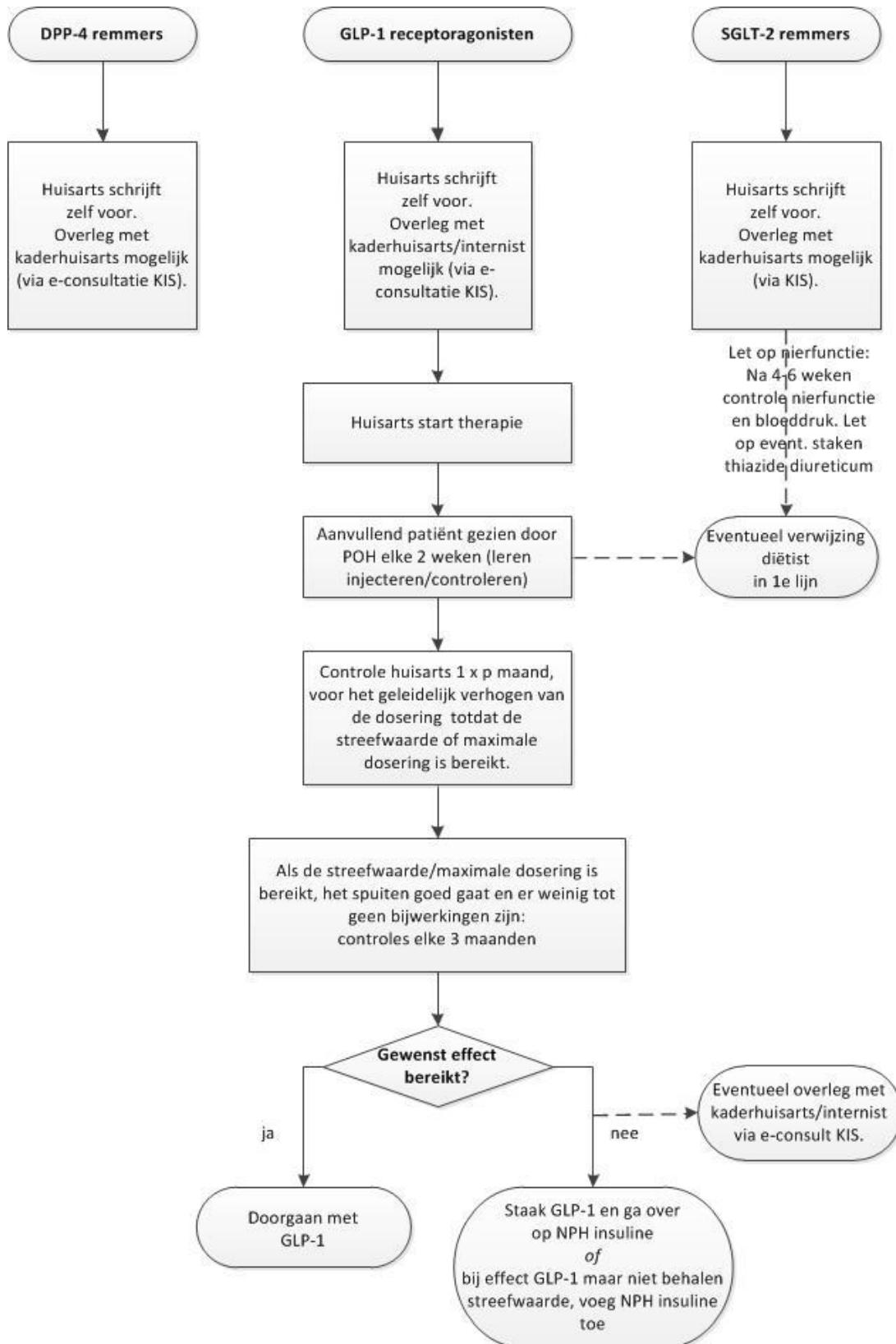
**Bijlage 6a. DM T2: Stroomschema medicatie voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten**



**Bijlage 6b. DM T2: Stroomschema medicatie voor patiënten zonder zeer hoog risico op hart- en vaatziekten**

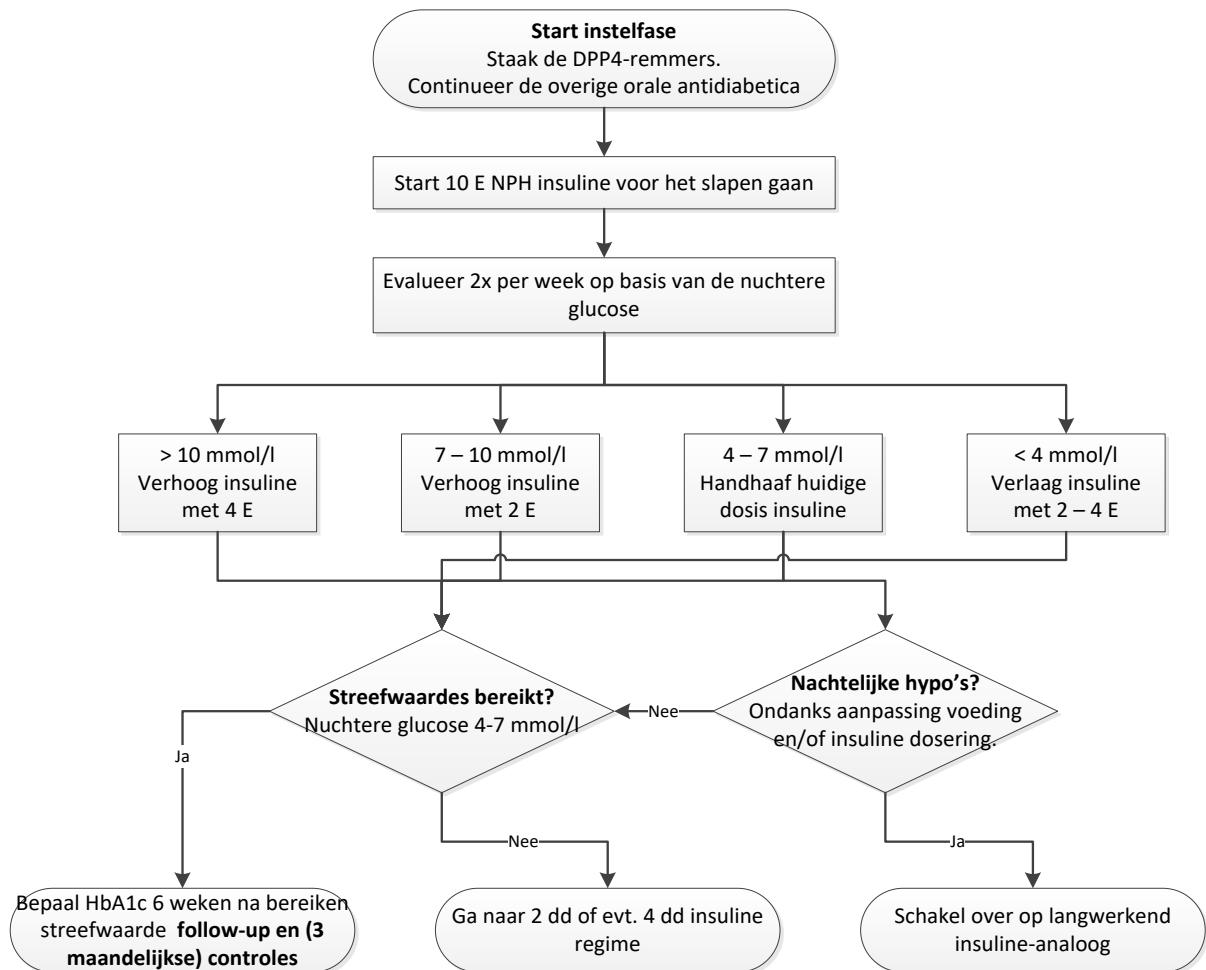


**Bijlage 6c. DM T2: Werkwijze GLP-1-receptoragonisten, DPP-4-remmers en SGLT-2 remmers**



## Bijlage 7a. Instellen + controle op insuline

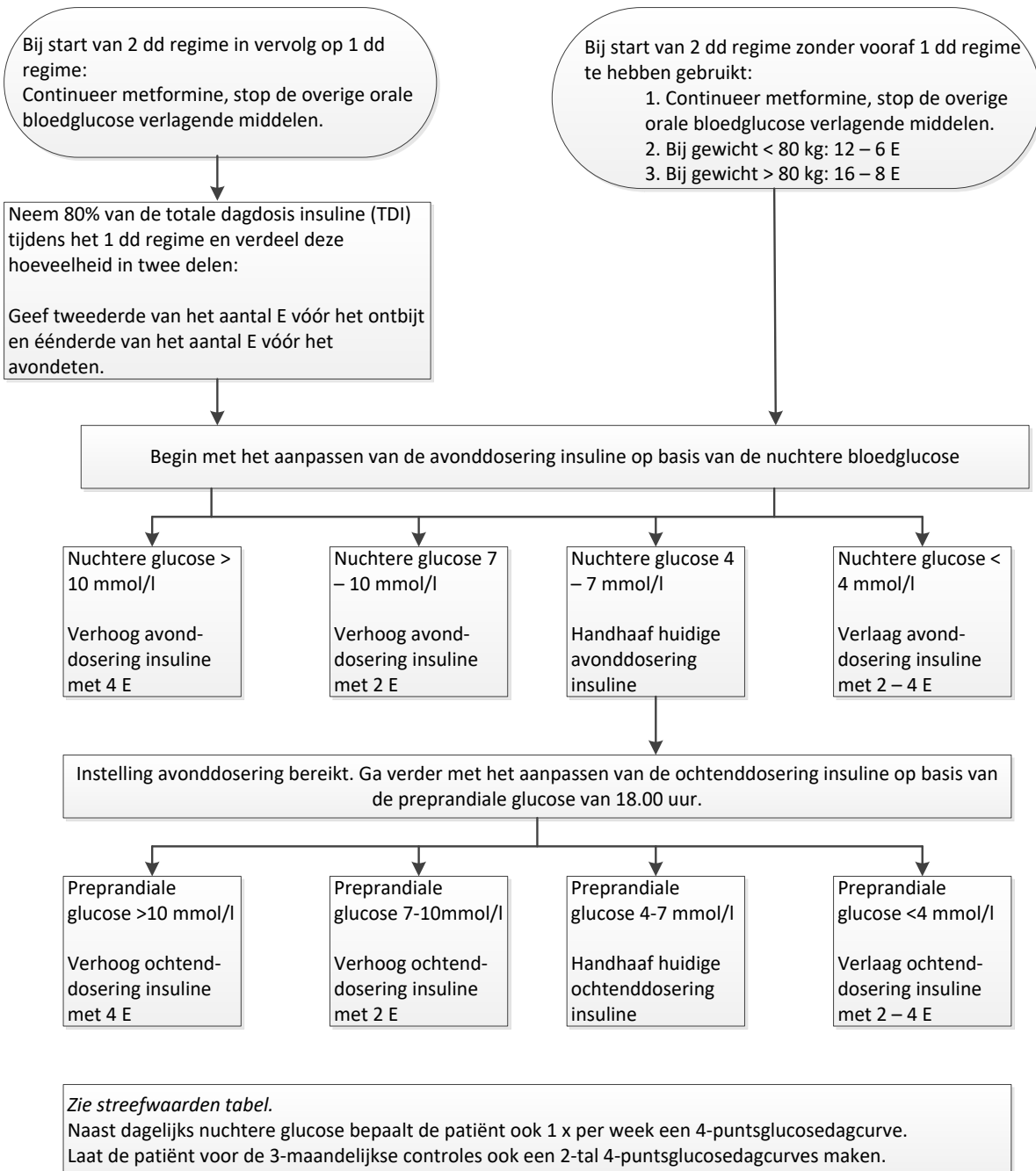
### Eenmaal daags NPH-insuline regime



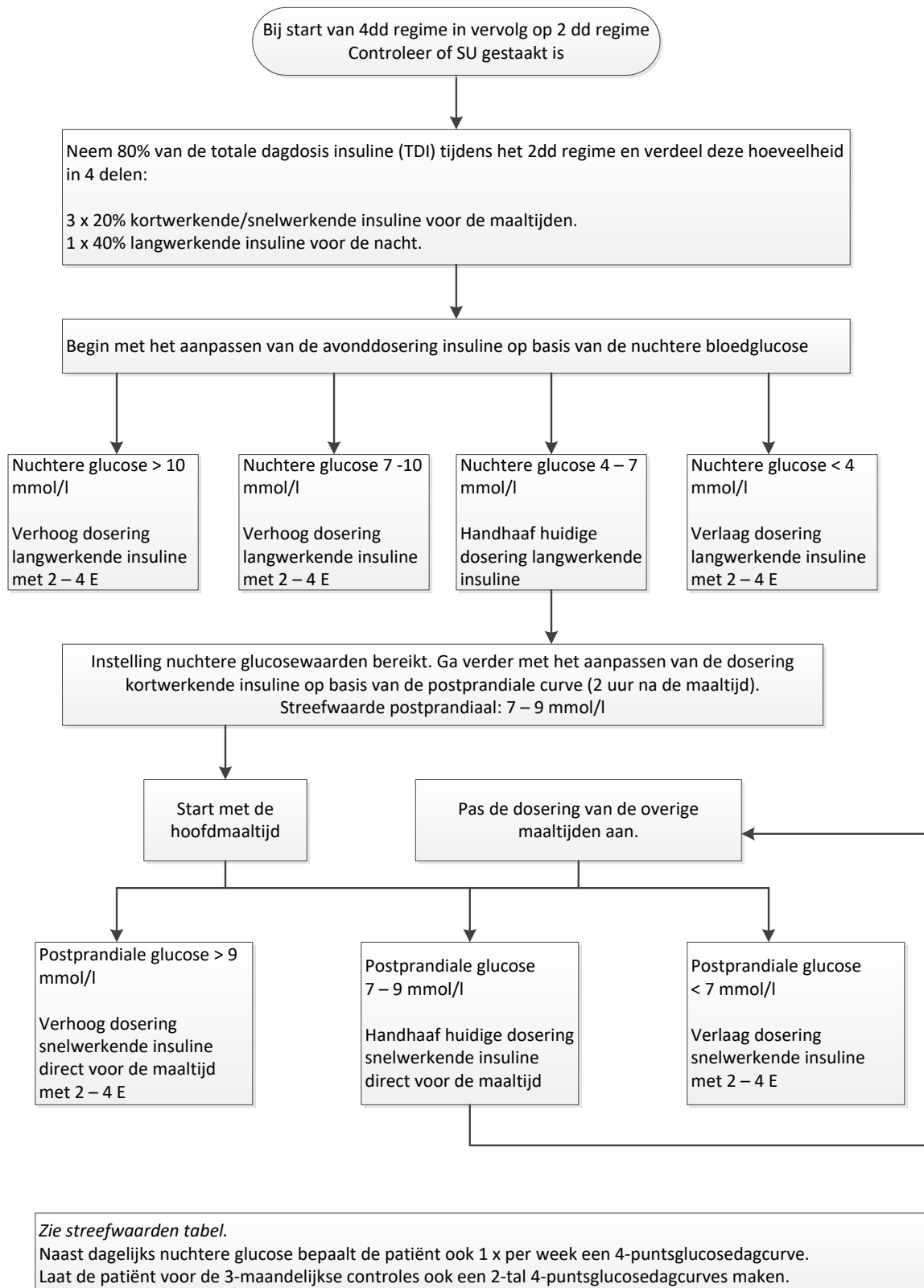
**NB. Bij > 40 E Insuline/dag: overweeg over te gaan naar 2dd. of evt. 4dd. spuiten**

## Bijlage 7b. 2x en 4x daags insuline regime

### Tweemaal daags mixinsuline regime



## Viermaaldaags insuline regime



## **Bijlage 8. 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 tweedelij, met name bij patiënten met status na MI of bij tekenen hartfalen of angina pectoris.

#### Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 vervolgcontrole 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

- De CVRM behandeling valt altijd onder regie van de 1<sup>e</sup> lijn. De huisarts continueert na terug verwijzing altijd de door de cardioloog voorgeschreven medicatie. Wijzigingen zullen in overleg met de cardioloog plaatsvinden. Zo mogelijk wordt generieke medicatie voorgeschreven. Overigens: CVRM hoort altijd onder regie van de 1<sup>e</sup> lijn; de specialisten indicatie is hetgeen de specialist behandelt (ischaemie/ ritme/ kleplijden).
- Indien de cardioloog een bepaalde LDL streefwaarde van hanteert, houdt de huisarts bij terugverwijzing uiteraard deze streefwaarde aan.

- 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 / Verdenking 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/1,73m<sup>2</sup>
  - eGFR < 45 ml/min/1,73m<sup>2</sup> 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/1,73m<sup>2</sup> 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.
- Patiënt bij herhaling niet op spreekuur komt.

### Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 patiënt 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.
- Patiënten 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. Patiënten 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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

Bij Claudicatio Intermittens klachten is het mogelijk iom een EAI+ looptest als eerstelijns onderzoek direct af te spreken in het vaatlab zonder directe tussenkomst van de vaatchirurg (eerstelijns onderzoek).

### 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 (PTA (= percutane transluminale angioplastieken ook stentplaatsing) door de chirurg heeft ondergaan en een stabiele situatie is bereikt (secundaire preventie).
- Patiënten met Graft surveillance 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. Patiënten worden in principe nog 1x terug gezien door de vaatchirurg of door de VS vaatchirurgie wanneer ze zijn verwezen voor gesuperviseerde looptraining (GLT).

### Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 perifeer vaatlijden kan patiënt vlot wederom verwezen worden naar de chirurg.

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 door verwezen.
- 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. Bij een endovasculaire repair blijft de patiënt jaarlijks onder controle van de vaatchirurg, bij een open uitschakeling is er een 5 jaarlijkse controle van de anastomoses. Het CVRM valt wel onder huisartsen zorg.

#### Communicatie aan patiënt bij terug verwijzing naar 1<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 dan wel na behandeling valt de patiënt onder secundaire preventie CVRM.
- Het te continueren medicatiebeleid wordt benoemd.

#### Met betrekking tot: Diabetische voet – *momenteel in herziening*

#### 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 via de receptie van het ziekenhuis.

Verwijzing naar het voetenteam: Patiënt krijgt binnen 48 uur een oproep en wordt binnen 7 dagen door het voetenteam gezien.

- Een patiënt met een plantair gelegen voetulcus wordt direct via ZorgDomein verwezen naar het voetenteam.
- 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.
- 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 of de receptie van het ziekenhuis.
- Er zijn mensen met een voetulcus zonder DM, ook deze patiënten worden door het voetenteam 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 terug verwijzing naar de 1e lijn inclusief (wond) behandelplan. Hierin wordt vermeld dat de behandeling door het voetenteam wordt afgesloten.
- Het voetenteam verwijst bij een genezen 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.
- Terug verwijzing naar de huisarts voor de metabole regulering gebeurt volgens de reeds bestaande afspraken met de internist.

Nb. Vooralnog is het helaas niet mogelijk om 1 brief namens het voetenteam te versturen, er volgen dus brieven vanuit de verschillende disciplines (wondzorg, vaatchirurg, revalidatiearts). We werken eraan dit te realiseren.