

Zorgprotocol 1^e lijns keten-DBC
Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)



© Ketenzorg Friesland BV – mei 2016

Inhoudsopgave

1.	INLEIDING.....	3
1.1.	AANLEIDING.....	3
1.2.	SPEERPUNTEN	3
1.3.	LEESWIJZER.....	3
2.	CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT (CVRM).....	3
2.1.	INCIDENTIE EN PREVALENTIE IN NEDERLAND	4
2.2.	INCIDENTIE EN PREVALENTIE IN DE NORMPRAKTIJK.....	5
3.	INHOUD VAN HET ZORGPROGRAMMA.....	6
3.1	ACHTERGROND	6
3.2.	DOELSTELLING	6
3.3.	DOELGROEPEN	6
3.4.	OPBOUW VAN HET ZORGPROGRAMMA.....	8
	SHARED CARE	12
3.5.	WAT MAG DE PATIËNT VAN HET ZORGPROGRAMMA CVRM VERWACHTEN?	12
4.	KWALITEIT VAN HET ZORGPROGRAMMA.....	14
4.1.	INDIVIDUEEL ZORGPLAN.....	14
4.2.	ZELFMANAGEMENT	14
4.3.	GEEN GEREDELDE ZORG EN NO-SHOW	15
4.4.	SAMENWERKING EN KETENPARTNERS.....	15
4.5.	OVERIGE PARTNERS IN DE 1E LIJN	16
4.6.	AFSPRAKEN MET DE KETENPARTNERS IN DE 2E LIJN	17
4.7.	ROL VAN DE KADERHUISARTS.....	17
4.8.	COMPETENTIEBEVORDERING.....	17
4.9.	BIJ- EN NASCHOLING	17
4.10.	MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG	17
4.11.	MONITORING KWALITEITSINDICATOREN	18
4.12.	PRAKTIJKBEZOEKEN EN FOLLOW-UP.....	18
4.13.	CONSULTATIE VAN EXPERTGROEP	18
4.14.	PATIËNTINFORMATIE.....	18
4.15.	PATIËNTERVARINGSONDERZOEK	18
4.16.	KWALITEITSBELEID.....	19
4.17.	KLACHTENPROCEDURE	19
4.18.	BEVEILIGING INFORMATIE	19
BIJLAGE I	RISICOTABEL	21

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

Na invoering van de keten-DBC Diabetes Mellitus type 2 (2007) en de keten-DBC COPD (2012) is Keten zorg Friesland gestart met de ontwikkeling van de keten-DBC Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM). Deze keten-DBC start met ingang van 1 april 2015. Met het zorgprogramma CVRM, dat ten grondslag ligt aan de keten-DBC CVRM, wil Keten zorg Friesland de georganiseerde 1^e lijns zorg in de regio verder vormgeven, waarbij de huisartspraktijk de spil vormt in de zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus type 2, COPD en CVRM. De start van de keten-DBC CVRM is tevens een volgende stap in het verder ontwikkelen en organiseren van chronische zorg in de 1^e lijn.

1.2. Speerpunten

De speerpunten binnen het zorgprogramma CVRM zijn:

- Optimale toegankelijkheid gerichte zorg;
- Kwaliteit van de zorg;
- Verwijsafspraken tussen de eerste en tweede lijn, die op een correcte wijze substitutie bewerkstelligen.

1.3. Leeswijzer

Het zorgprotocol CVRM is samengesteld met inachtneming van het Programma van Eisen Multidisciplinaire zorgverlening chronisch zieken DM2/VRM/COPD/Astma 2015 van de Friesland Zorgverzekeraar, de NHG-standaard Cardiovasculair Risicomanagement en de Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement 2013 van Platform Vitale Vaten.

Hoofdstuk 2 geeft de achtergrondinformatie van Cardiovasculair Risicomanagement weer, inclusief de incidentie en prevalentie cijfers. Hoofdstuk 3 geeft inzicht in de inhoud van het zorgprogramma, de doelstelling en de doelgroepen. Het waarborgen van de kwaliteit binnen het zorgprogramma CVRM wordt in hoofdstuk 4 beschreven. Hoofdstuk 5 geeft inzicht in de organisatie en continuïteit. De projectorganisatie wordt in hoofdstuk 6 toegelicht.

Als bijlagen zijn de risicotabel, zorgproducten en verwijsinstructie 2^e lijn CVRM opgenomen.

2. Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)

In Nederland zijn hart- en vaatziekten (HVZ) de belangrijkste oorzaken van sterfte bij vrouwen en de op één na belangrijkste oorzaak van sterfte bij mannen. Risicofactoren voor HVZ zijn ruim aanwezig in de bevolking. Reductie van deze risicofactoren kan cardiovasculaire ziekte en sterfte aanzienlijk verminderen:

- Van de Nederlandse bevolking tussen 35 tot 70 jaar heeft ongeveer een kwart een verhoogd cholesterolgehalte ($\geq 6,5$ mmol/l) en/of gebruikt cholesterolverlagende medicatie. Een ongunstig totaal cholesterol komt vaker voor op oudere leeftijd en juist minder vaak bij allochtonen.
- In de periode 2003-2007 had circa 45% van de Nederlandse bevolking in de leeftijdsklasse 35-70 jaar een verhoogde bloeddruk (systolische bloeddruk ≥ 140 mmHg en/of diastolische bloeddruk ≥ 90 mmHg en/of bloeddrukverlagende medicatie).

- Mannen hebben vaker een verhoogde bloeddruk dan vrouwen, maar overgangsklachten blijken vaak gepaard te gaan met hypertensie. Bij vrouwen wordt een sterke stijging van risicofactoren gezien vanaf de menopauze, zoals een stijging van het totaal cholesterol en LDL. Bij ouderen is de presentatie minder specifiek.
- Een op de vier Nederlanders van 15 jaar en ouder rookt.
- In 2009-2011 hebben zo'n 6,5 miljoen mensen (41%) in Nederland matig of ernstig overgewicht. Dat is veel meer dan begin jaren tachtig; toen was 27% te zwaar. Ongeveer 1,5 miljoen mensen (10%) kampte in 2009-2011 met ernstig overgewicht. Het aandeel mensen met ondergewicht is altijd klein geweest en ligt nu op ruim 2%.

Het vasculaire risico wordt door meerdere factoren bepaald. Deze factoren, de risicofactoren, worden allen in samenhang beoordeeld.

Risicofactoren voor HVZ	Beïnvloedbaar door patiënt en/of zorgverlener
▪ Gevorderde leeftijd	nee
▪ Geslacht (man)	nee
▪ Roken	ja
▪ Hoge bloeddruk	ja
▪ Hoge bloedglucosegehalte	ja
▪ Hoog cholesterolgehalte (TC/HDL-ratio)	ja
▪ Hart- en vaatziekten in de familie	nee
▪ Ongezonde voedingsgewoonten	ja
▪ Overmatig alcoholgebruik	ja
▪ Lichamelijke inactiviteit	ja
▪ Hoge Body Mass Index (BMI) en middelomtrek	ja

Tabel 1. Risicofactoren voor HVZ

2.1. Incidentie en prevalentie in Nederland

HVZ behoren nog steeds tot de ziektebeelden die de hoogste ziektelast in Nederland veroorzaken. Naar ruwe schatting zijn er circa 1 miljoen mensen met HVZ in Nederland. Het aantal ziekenhuisopnamen voor HVZ in 2009 bedroeg circa 360.000 en blijft – na een daling in het midden van de jaren negentig – stijgen in Nederland. Ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen zijn verantwoordelijk voor 35% van het totale aantal ziekenhuisopnames voor HVZ.

Incidentiecijfers voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico zijn niet bekend. Op de websites van het RIVM en het Nationaal Kompas Volksgezondheid is te lezen dat ziekten als coronaire hartziekten en beroerte een incidentie hebben van 30.000 – 100.000 nieuwe gevallen per jaar.

Kijkend naar de prevalentie vinden we de volgende getallen:

- 1 op de 7 mensen heeft een cholesterol ≥ 6.5
- 1 op de 5 mensen heeft een bloeddruk $\geq 140/90$
- 1 op de 4 mensen rookt
- 1 op de 2 mensen heeft een BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$
- 1 op de 10 mensen heeft adipositas

Globaal komt ongeveer 10% van de mensen (afhankelijk van de afkapwaarde) in aanmerking voor het zorgprogramma CVRM.

De sterfte aan HVZ in Nederland daalt al sinds 1972 spectaculair. Het absolute aantal sterfgevallen aan HVZ is in de afgelopen dertig jaar afgenomen (van 53.000 in 1980 tot 39.735 in 2010¹). De voor verandering in leeftijdsopbouw van de bevolking gecorrigeerde sterftcijfers voor acuut hartinfarct en cerebrovasculaire aandoeningen vertonen eveneens een daling in deze periode. In dertig jaar is deze gestandaardiseerde sterfte aan HVZ meer dan gehalveerd. Ook in de meest recente jaren blijft de sterfte aan HVZ dalen.

Toch zijn in Nederland HVZ bij vrouwen de belangrijkste doodsoorzaak, bij mannen de tweede na kwaadaardige nieuwvormingen. In Nederland overleden in 2012 meer vrouwen dan mannen aan de gevolgen van een hart- of vaatziekte, namelijk 20.733 vrouwen en 18.315 mannen. Het aandeel van de hart- en vaatziekten in de totale sterfte was daarmee 28% voor vrouwen en 27% voor mannen.

2.2. Incidentie en prevalentie in de normpraktijk

De patiëntengroepen en de geschatte omvang in het standaardscenario staan in het document "[Voorlopige zorgprofielen vasculair risicomanagement](#)" van het platform Vitale Vaten. Uitgaande van 16 miljoen Nederlanders en een normpraktijk van 2.168 patiënten² zijn er op landelijk niveau 2,8 miljoen mensen die geïnccludeerd zouden kunnen worden.

Op basis van de risicotabel uit 2011 komt dit – inclusief diabetespatiënten - neer op een prevalentie van 10-19%. Door gebruik te maken van de inclusiecriteria (zie tabel 2 en 3) denkt Keten zorg Friesland, exclusief "shared care", uit te komen op een inclusiepercentage van 10%.

¹ Hartvaatziekten in Nederland, Hartstichting 2011

² Norm vanaf 1 januari 2015

3. Inhoud van het zorgprogramma

3.1 Achtergrond

Onderzoeken (o.a. door [Het Huisartsenteam](#)) laten door toepassing van integrale zorgprogramma's voor Diabetes Mellitus type 2 een aanzienlijke gezondheidswinst zien, met een verbetering van gezondheidsvariabelen tussen 10 en 50%. Voor CVRM lijkt dezelfde trend te bestaan, hoewel deze nog niet voldoende is aangetoond.

Mede gezien de slechte prognose van HVZ is preventie van deze aandoeningen cruciaal. Preventie beoogt het voorkomen van HVZ of de gevolgen daarvan en dus het bereiken van gezondheidswinst. De huisarts heeft een centrale rol bij de (vroeg) opsporing en adequate behandeling van cardiovasculaire risicofactoren en ziekten. HVZ zijn deels te voorkomen of te vertragen door tijdig, dat wil zeggen preventief, de risicofactoren voor atherosclerose te behandelen.

3.2. Doelstelling

Het doel van het zorgprogramma CVRM van Ketenzorg Friesland is om optimale multidisciplinaire CVRM-zorg in de 1^e lijn te verlenen aan patiënten met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en patiënten met een doorgemaakte hart- en vaatziekte. Daarbij is het streven om eerste of nieuwe manifestaties en complicaties van hart- en vaatziekten te voorkomen.

Het doel is vertaald in de volgende resultaten:

- De patiënten met (risico op) hart- en vaatziekten hebben een risicoscore welke genoteerd is in het Keten Informatie Systeem (KIS);
- Eén jaar na de start van het zorgprogramma CVRM zijn de verplichte velden in het KIS (oftewel het Individueel Zorgplan) bij 90% van de ingestroomde CVRM-patiënten ingevuld. Het Individueel Zorgplan wordt gebruikt bij de behandeling en begeleiding van de patiënten;
- De normen voor de zorginhoudelijke behandelparameters worden jaarlijks vastgesteld, de resultaten worden gemonitord en geëvalueerd;
- Zelfmanagement wordt gestimuleerd door de inzet van het KIS met een portaal voor patiënten (onder voorbehoud van de resultaten van de pilot voor Zelfmanagement binnen het zorgprogramma DM2 en mits de module tijdig door de leverancier beschikbaar wordt gesteld. Naar verwachting zal deze module in het eerste kwartaal van 2015 worden opgeleverd).

3.3. Doelgroepen

De doelgroepen binnen het zorgprogramma CVRM van Ketenzorg Friesland zijn:

Groep 1: Verhoogd risico zonder HVZ (primaire preventie)

- Patiënten met een risicoscore $\geq 20\%$ volgens de NHG-risicotabel 2011.
- Patiënten met een risicoscore tussen 10-20% plus één of meer aanvullende risicofactoren én een behandelindicatie voor hypercholesterolemie of hypertensie.

De inclusie van patiënten met een risicoscore tussen 10-20% vindt plaats met behulp van een HIS-extractie, op basis van ICPC-codes en medicatie, inclusief antipsychotica. Vervolgens wordt per individuele patiënt de risicoscore bepaald.

Risicofactoren³	ICPC⁴
Verhoogde bloeddruk (systolische bloeddruk $\geq$ 140 mmHg).	K85, K86, K87
Verhoogd cholesterolgehalte in het bloed (totaal cholesterol $\geq$ 6,5 mmol/l).	T93, T93.01, T93.03, T93.04
Geslacht	
Leeftijd	Vanaf 18 jaar
Roken	P17
Aanvullende risicofactoren	
Adipositas (QI>30) of overgewicht (27<QI<30)	T81, T82, T83
Artritis psoriatica	S91
Nierfunctiestoornissen	U99.01
Belaste familieanamnese voor hart- en vaatziekten	A.29.01
Gebruik antipsychotica	Niet gecodeerd
Zwangerschap gerelateerde diabetes, (pre-)eclampsie en/of hypertensie (vanaf > 40 jaar includeren)	W.81.01, W.81.02, W.81.03

Tabel 2. Inclusiecriteria groep 1

Groep 2: Risicofactoren van patiënten met hart- en vaat ziekten (HVZ) die worden behandeld in de 1e lijn (secundaire preventie)

- Patiënten met één of meerdere aandoening(en) uit onderstaande tabel.

Aandoeningen	ICPC
Angina Pectoris	K74
Acuut Myocardinfarct	K75
Andere / chronische ischemische hartziekte	K76
Arteria/vena retinalis trombose	Niet gecodeerd
Reumatoïde artritis	L88.01, L88.02
Coronairsclerose	K76.01
Vroeger myocardinfarct (> 4 wk geleden)	K76.02
Passagere cerebrale ischemie/TIA	K89

³Diabetes Mellitus kent ook een verhoogd risico, maar valt buiten het bestek van deze keten-DBC.

⁴ Alle patiënten uit groep 1 (primaire preventie) worden in het HIS gecodeerd met ICPC K49.01. Deze ICPC wordt ook toegekend aan de patiënten uit groep 2 (secundaire preventie) met Reumatoïde Artritis.

CVA	K90
Cerebraal infarct	K90.03
Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)	K92.01
Aneurysma aortae	K99.01

Tabel 3. Inclusiecriteria groep 2

De patiënten uit groep 1 en 2 komen in aanmerking voor inclusie in de keten-DBC CVRM indien de huisarts hoofdbehandelaar is. De patiënt is 'in zorg' indien hij/zij, voor de bij hem/haar bestaande chronische aandoening zorg ontvangt waarvan inhoud en levering overeenkomen met de in het zorgprogramma beschreven prestaties.

Exclusiecriteria

De exclusiecriteria voor het zorgprogramma CVRM van Ketenzorg Friesland zijn:

- Diabetes Mellitus;
- Patiënten die voor de HVZ en/of CVRM in 2e lijn worden behandeld ("shared care" - patiënten (stabiele chronische hartpatiënten die voor orgaan specifieke behandeling onder controle zijn van de cardioloog, voor het CVRM onder controle van de huisarts) blijven voortsnog buiten de keten-DBC). In 2015 wordt door Ketenzorg Friesland verder invulling gegeven aan het shared care model;
- Patiënten die hebben aangegeven niet te willen deelnemen aan het zorgprogramma;
- Patiënten met familiale hypercholesterolemie;
- Patiënten met hypertriglycerimiedie > 10;
- Patiënten met een beperkte levensverwachting op basis van een andere aandoening dan HVZ, bij wie de CVRM behandeling wordt gestaakt;
- Ouderen met uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie waarbij de prioriteit aan andere behandeldoelen dan die van CVRM wordt gegeven (casemanagement i.p.v. diseasemanagement);
- Patiënten met een risicoscore <10%, en
- Patiënten met risicoscore 10-20% zonder actieve behandeling.

3.4. Opbouw van het zorgprogramma

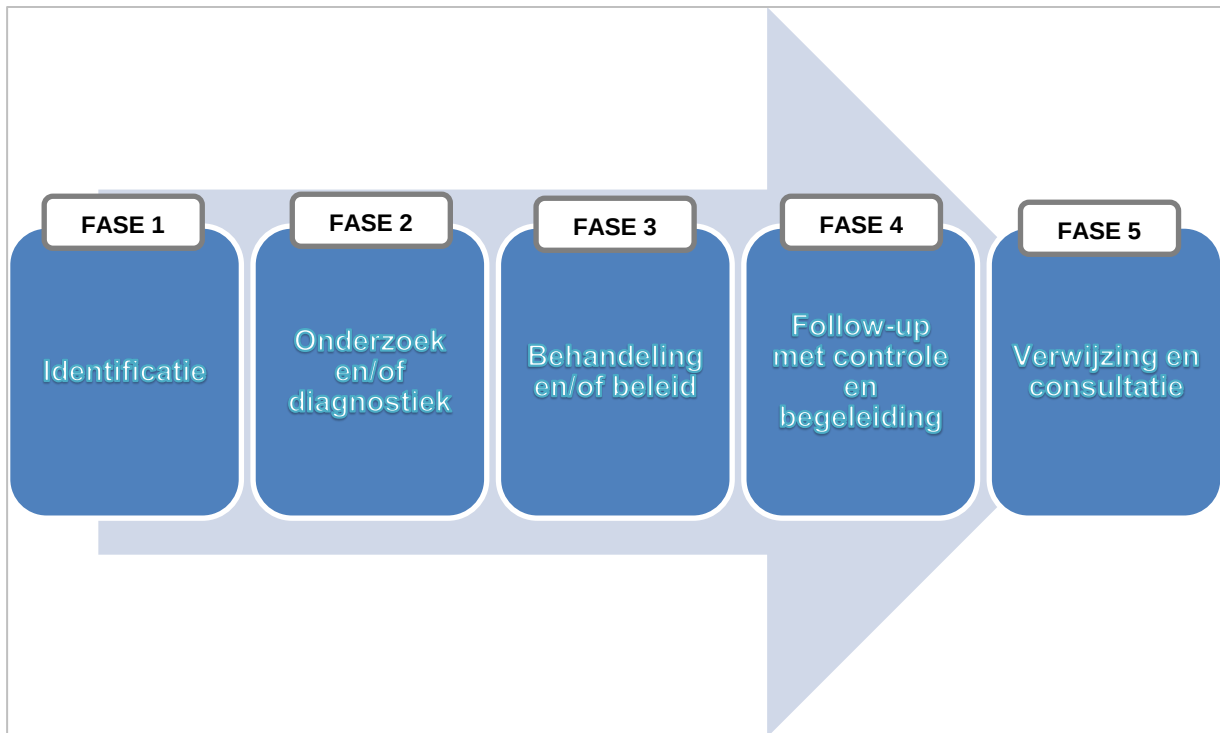
Ketenzorg Friesland organiseert het zorgprogramma CVRM conform het Chronic Care Model, met ondersteuning van een Keten Informatie Systeem. Aan de basis van het Chronic Care Model ligt een goede samenwerking tussen de zorgverlener en de patiënt ten grondslag. Deze samenwerking kenmerkt zich door een dialoog tussen het professionele kader van de zorgverlener en de persoonlijke context van de patiënt. Zo worden betere uitkomsten bereikt: minder ziekte, minder sterfte, betere kwaliteit van leven en verbetering van het functioneren van de patiënt in de samenleving.

Het zorgprogramma CVRM is gebaseerd op:

- NHG standaard (herziening 2012)
- Multidisciplinaire CBO richtlijn CVRM (herziening 2011)
- Zorgstandaard VRM platform Vitale Vaten (2013)

Voor het realiseren van een zorgprogramma onder dit model is vaak een omslag van denken nodig bij de zorgverleners. Ketenzorg Friesland zal haar ondersteuning en deskundigheidsbevordering hier dan ook op richten door middel van passende en benodigde nascholing.

Het zorgprogramma CVRM bestaat uit de volgende fasen:



Figuur 1. Fasen zorgprogramma CVRM

Fase 1: Identificatie

De identificatie vindt plaats op basis van:

1. Initiatief van de patiënt;
2. Signalering tijdens het spreekuur volgens NHG-standaard CVRM;
3. Casefinding op basis van extracties van patiëntgegevens vanuit het Huisartsen Informatie Systeem (HIS);
4. Verwijzingen van elders.

Fase 2: Onderzoek en/of diagnostiek

Het Zorginstituut Nederland⁵ stelt dat het leveren van individuele zorg na actief aanbod van een risicoscorelijst (in de omgeving van HVZ) wordt aangemerkt als verzekerde zorg. Essentieel is daarbij dat wordt gehandeld op basis van een zorgvraag van de patiënt.

De gegevens uit het risicoprofiel (leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk en de totaal cholesterol/HDL-cholesterol ratio en aanvullende risicofactoren) worden gebruikt om de hoogte van het risico op ziekte of sterfte door HVZ in de komende 10 jaar te schatten.

⁵ Voorheen College voor Zorgverzekeringen (CVZ) – tot 1 april 2014

Zie hiervoor [de risicotabel 2012 in bijlage I](#). Beïnvloeding van deze risicofactoren kan de cardiovasculaire sterfte en morbiditeit aanzienlijk doen verminderen.

De risicotabel is niet van toepassing bij patiënten die al bekend zijn met een klinische manifestatie van HVZ, aangezien bij deze categorie het risico op HVZ per definitie hoog (>20%) is. Inventarisatie van het cardiovasculair risicoprofiel en de daaruit volgende interventies zijn wel van belang, aangezien deze groep patiënten een duidelijk verhoogd risico heeft op progressie van de ziekte en nieuwe manifestaties van HVZ.

Fase 3: Behandeling en/of beleid

Aan alle patiënten worden leefstijladviezen gegeven om het risico op HVZ te verlagen. Hiertoe kan motivational interviewing worden gebruikt ter ondersteuning en educatie. De leefstijlinterventies die kunnen worden ingezet zijn afhankelijk van de individuele risicofactoren die zijn geconstateerd. De leefstijlinterventies zijn te verdelen in de volgende modules.

- Stoppen met roken
- Meer bewegen
- Voedingsadvies
- Medicamenteuze behandeling

Module: Stoppen met roken

De prestatiebeschrijving geeft aan dat gedragsmatige ondersteuning bij SMR omvat:

- Korte stopadviezen gericht op gedragsverandering die huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen geven, als onderdeel van hun gebruikelijke zorgcontacten.
- Intensievere vormen van begeleiding: een serie van ten minste vier contacten van tenminste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden. Deze vorm van begeleiding kan, hetzij individueel hetzij groepsgewijs, plaatsvinden.

Huisarts en/of praktijkondersteuner (POH) werken onder de registratie in het Kwaliteitsregister van het Partnerschap Stoppen met Roken. Voor onderdelen van leefstijlgerichte interventies kan worden samengewerkt binnen de keten met of doorverwezen worden naar paramedici, met name fysiotherapeuten en diëtisten. Er zijn echter ook andere mogelijkheden, zoals Stivoro voor stoppen met roken of eerstelijnspsychologen voor stressreductie.

Module: Meer bewegen

De patiënt wordt geadviseerd om een lichamelijk actieve levensstijl toe te passen, die aansluit op de mogelijkheden, motivatie en dagelijkse routine van de patiënt. Zelfs een kleine toename van lichamelijke activiteit is gunstig. Om adviezen over lichaamsbeweging op termijn op te volgen, is langdurige begeleiding, vooral gericht op gedragsverandering, nodig. Dit kan in de vorm van zelfmanagement of andere ondersteunende hulpmiddelen, zoals bepaalde websites. Alvorens een bewegingsprogramma te starten dat meer inhoudt dan wandelen, moet de huisarts nagaan of er geen (relatieve) contra-indicaties zijn voor bepaalde soorten inspanning. De fysiotherapeut is niet opgenomen in de keten-DBC CVRM.

Module: Voedingsadvies

De huisarts en praktijkondersteuner geven alle patiënten binnen de DBC een voedingsadvies, gebaseerd op de Richtlijnen Goede Voeding. De huisarts adviseert patiënten met overgewicht. Bij patiënten met een BMI >25 leidt het realiseren van 5 tot 10% gewichtsverlies tot verlaging van het risicoprofiel.

Bij de volgende indicaties wordt de patiënt voor dieetadvies en leefstijlbegeleiding naar een diëtist verwezen:

- Direct na het vaststellen van het risicoprofiel;
- Ongewenste BMI
- Dyslipidemie
- Hypertensie
- Nierproblemen
- (Mogelijke) eetproblematiek, bijv. door lichte depressie
- Complicaties, waarbij aanpassing van de voeding zinvol is
- Andere specifieke vragen of problemen met betrekking tot de voeding

Belangrijke elementen in de behandeling gericht op voeding zijn:

- Kennis over gezonde voeding, ook bij specifieke HVZ aandoeningen;
- Inzicht in het voedingspatroon;
- Inzicht in motivatie voor het aanpassen van het voedingspatroon;
- Natriumbeperking;
- Een concreet plan voor het aanpassen van het voedingspatroon.

Module: Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling van de risicofactoren wordt ingezet conform de NHG standaard CVRM aan patiënten met:

- Een doorgemaakt HVZ;
- Een hoog HVZ risico in combinatie met SBD en/of LDL;
- Een matig HVZ risico en verhoogd SBD en/of LDL én de aanwezigheid van andere risico verhogende factoren.

Bij 70 plussers worden voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling afgewogen, waarbij rekening wordt gehouden met individuele omstandigheden en comorbiditeit;

Na de start van medicamenteuze behandeling en na aanpassing van dosering of medicatie vinden in de eerste periode extra controlebezoeken plaats.

Aanvullende zorg

Het verminderen van stress, bestrijden van depressies en angsten, alsmede het beperken van alcoholgebruik vormen, indien van toepassing, een onderdeel van de behandeling en/of beleid, maar deze modules worden niet specifiek genoemd in de voorlopige zorgprofielen van het platform Vitale Vaten. Deze onderwerpen vormen een onderdeel van de jaarcontroles bij de POH.

Fase 4: Follow up met controle en begeleiding

Follow-up, of het volgen van de gemaakte afspraken en het resultaat ervan, is noodzakelijk voor het bereiken van een blijvend effect. Via controle kan men het effect van de behandeling nagaan (gewichtsafname, toename bewegen, stoppen met roken, verlaging bloeddruk en cholesterol), veranderingen in het risicoprofiel vaststellen, veilig (medicatieveiligheid) en goed (therapietrouw) gebruik van medicijnen vaststellen en suboptimaal medicijngebruik door patiënten en/of zorgverleners signaleren. Indien streefwaarden niet bereikt worden of wanneer doelen en behoeften van de patiënt veranderen, wordt de behandeling aangepast of bijgesteld. Het controleschema wordt individueel opgesteld, afhankelijk van het risicoprofiel, de comorbiditeit en de persoonlijke wensen en hetgeen bepaald is in de NHG standaard CVRM en multidisciplinaire richtlijn CVRM 2011/2012.

Ook de follow up van de individuele hart- en vaatziekte wordt bij het controleschema betrokken. Tijdens elk contact wordt geïnformeerd naar de therapietrouw. Voor alle patiënten geldt dat er na juiste instelling van de medicamenteuze behandeling reguliere controle van het risicoprofiel moet plaats vinden. Het risicoprofiel wordt jaarlijks gecontroleerd. Andere onderdelen van de follow up vragen mogelijk om kwartaalcontroles.

Fase 5: Consultatie en begeleiding

De verwijs-, terugverwijs en substitutie afspraken, die Ketenzorg Friesland met de medisch specialisten heeft gemaakt, zijn gebaseerd op de landelijke transmurale afspraken (LTA) CVRM.

Bij complexe problematiek wordt de betreffende medisch specialist op consultbasis binnen de 1^e lijn ingeschakeld of wordt de patiënt verwezen.

Shared care

Na een acuut event verdient het de aanbeveling dat een stabiele patiënt voor CVRM zo snel mogelijk wordt terugverwezen naar de 1e lijn. In de keten-DBC CVRM anno 2015 is deze vorm van shared care niet voorzien. In 2015 wordt het beleid ten aanzien van terugverwijzen verder uitgewerkt en vastgelegd.

3.5. Wat mag de patiënt van het zorgprogramma CVRM verwachten?

- Behandeling is afgestemd op behoeften, wensen en doelen van de patiënt;
- Niet-medicamenteuze behandeling voor alle patiënten in de vorm van leefstijladvies;
- Aangevuld met begeleiding van de leefstijl;
- Verwijzing van de patiënt naar (gespecialiseerde) zorgverlener ter begeleiding van leefstijlverandering;
- De zorgverlener beschikt over een sociale kaart waarmee het zorgaanbod afgestemd kan worden op de zorgvraag;
- Een medicamenteuze behandeling wordt naast een leefstijladvies/ -begeleiding gegeven aan patiënten genoemd onder de module medicamenteuze behandeling.

Binnen het zorgprogramma CVRM wordt door alle zorgverleners continu rekening gehouden met het patiëntperspectief, zoals vastgesteld in de kwaliteitscriteria van Hart & Vaatgroep, op het gebied van:

Effectieve zorg

Er wordt gewerkt conform de NHG-standaard, CBO richtlijn en de standaard van platform Vitale Vaten, waarmee de effectiviteit van de (patiëntgebonden) doelstellingen geborgd wordt.

Toegankelijke zorg/patiënt gerichte zorg

Door goede patiëntinformatie over de inclusiecriteria en de laagdrempeligheid bij de zorgverleners wordt gestreefd naar optimale toegankelijkheid.

Continuïteit van de zorg

De borging van patiëntgegevens in het KIS en de onderlinge samenwerking tussen de zorgverleners zorgen ervoor dat het aanbod van zorg niet in gevaar dreigt te komen.

Regie over de zorg

Binnen het zorgprogramma is een 'casemanager' aanwezig. Deze casemanager zorgt, samen met de patiënt, voor de regie over de zorg. Door middel van de nog te implementeren zelfmanagement module en het Individueel Zorgplan wordt gestreefd naar een borging van de regie bij de patiënt.

Informatie, voorlichting en educatie

De patiënt ontvangt bij de start van het zorgprogramma duidelijke patiëntinformatie over de inhoud en het verloop van de zorg.

Emotionele ondersteuning, empathie en respect

Begeleiding van de patiënt op emotioneel vlak vormt een onderdeel van de inhoud van het zorgprogramma.

Veilige zorg

Binnen het zorgprogramma staat de veiligheid voor de patiënt op meerdere manieren centraal, bijvoorbeeld veiligheid voor medicatie en informatie.

4. Kwaliteit van het zorgprogramma

4.1. Individueel Zorgplan

Samen met de patiënt worden persoonlijke gezondheidsdoelen geformuleerd die realistisch zijn (wenselijk en haalbaar), niet te ver in de toekomst liggen, positief zijn geformuleerd en niet concurreren met andere doelen. De POH ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren en vol te houden en het leren bieden van weerstand aan frustraties.

Ketenzorg Friesland onderschrijft het belang van een generiek individueel zorgbehandelplan (IZP). Het project “Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan” stelt dat het voor zowel de zorgverlener als voor de patiënt van belang is dat er maximaal één zorgplan per patiënt is. Het IZP is dan ook niet aandoeningsgericht maar generiek en bruikbaar ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt in zorg is. Ketenzorg Friesland biedt zorgprogramma's aan die aandoeningsgericht zijn en is van mening dat het opstellen van een IZP niet moet gebeuren vanuit deze specifieke aandoening maar vanuit een breder patiënt perspectief.

Samengevat bevat het Individueel Zorgplan (IZP):

- Risicoprofiel
- Risicofactoren
- HVZ risico
- Zorgbehoefte en doelen
- Behandeling
- Taken(verdeling)
- Zelfmanagement(ondersteuning)
- Centrale zorgverlener
- Controleschema
- Evaluatiemomenten
- Afspraken
- Medicatie

Hierbij wordt conform het IZP-concept van het NHG rekening gehouden met multimorbiditeit. Binnen het KIS wordt vastgelegd of er een (schriftelijk) IZP aanwezig is. De patiënt krijgt, op verzoek, vanuit het KIS een uitgeprinte versie van het IZP mee.

Ketenzorg Friesland verwacht met deze aanpak een correcte invulling te geven aan de doelstellingen voor het gebruik van het IZP. Ketenzorg Friesland volgt de verdere ontwikkeling op landelijke niveau rondom het gebruik van het IZP. Met KIS-leverancier VitalHealth is afgesproken dat voor de implementatie van het IZP de uitgangspunten van het project “Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan” gevolgd zullen worden.

4.2. Zelfmanagement

Alle ketenpartners ondersteunen en stimuleren de patiënt in zelfmanagement door:

- Ondersteuning in het formuleren en realiseren van persoonlijke doelen van de patiënt (Individueel Zorgplan);
- Ondersteuning bij het doorlopen van de leerprocessen;
- Versterking van het vertrouwen van de patiënt in het eigen kunnen;
- Geven van voorlichting en het motiveren tot aanpassing van de leefstijl;

- Ketenzorg Friesland werkt samen met de KIS-leverancier VitalHealth aan verdere uitwerking van het patiëntenportaal voor zelfmanagement binnen het KIS.

4.3. Geen geregelde zorg en no-show

Wanneer een patiënt bezwaar maakt tegen opname in de keten zal deze niet worden geïncorporeerd. Ook wanneer een patiënt bezwaar maakt tegen uitwisseling van (dossier-) gegevens of rapportages wordt deze niet opgenomen in de keten.

Met betrekking tot de registratie hanteert Ketenzorg Friesland de volgende werkwijze:

- Patiënten die niet in de keten opgenomen kunnen/willen worden en geen geregelde zorg wensen te ontvangen (of kunnen ontvangen), worden niet in het Ketenzorg Informatie Systeem geïncorporeerd. Bij de kengetallen in het Ketenzorg Informatiesysteem wordt de huisartsenpraktijk gevraagd het aantal zorgweigeraars op praktijkniveau te registreren. Ketenzorg Friesland controleert de juistheid van deze registratie niet.
- Patiënten die wel in de keten zitten maar voor wie gedurende de periode van 4 kwartalen geen verrichtingen zijn geregistreerd in het Ketenzorg Informatie Systeem (no show) worden door Ketenzorg Friesland gerapporteerd. Ketenzorg Friesland excludeert deze patiënten met terugwerkende kracht tot het moment waarop de laatste zorg is verleend, waarna een financiële verrekening plaatsvindt met zowel de huisarts als de zorgverzekeraar.

4.4. Samenwerking en ketenpartners

De kern van een goed zorgprogramma voor CVRM is een gelijkwaardig partnerschap tussen de patiënt en de zorgverleners. Het is belangrijk dat de patiënt de centrale rol speelt. Patiënten zijn verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid en bepalen zelf welke zorg bij hen past. De patiënt heeft een centrale rol in de totstandkoming en naleving van het Individueel Zorgplan. Ook is een integrale benadering van de zorg voor patiënten met een chronische aandoening van groot belang.

Ketenzorg Friesland organiseert voor de patiënten, waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is, het CVRM-programma. De patiënten met een zorgvraag die toebehoort aan de medisch specialist blijven onder de 2^e lijns-DBC's vallen.

Bij het zorgprogramma CVRM zijn de volgende zorgverleners (hierna: ketenpartners) betrokken:

- Huisarts
- Praktijkondersteuner (POH) of praktijkverpleegkundige
- Praktijkassistente
- Diëtiste
- Laboratorium
- Medisch specialisten: internisten, nefroloog en CVRM-verpleegkundige

De samenwerkingsafspraken met de ketenpartners zijn op het niveau van de zorggroep vastgelegd en worden jaarlijks geëvalueerd.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de behandeling van geïncorporeerde patiënten en het zorgproces. De andere ketenpartners zijn verantwoordelijk voor de door hun geleverde zorg.

Omdat er sprake is van een team van ketenpartners, wordt er één verantwoordelijke zorgverlener aangewezen als centraal aanspreekpunt. In de praktijk wordt deze rol vaak ingevuld door de POH of praktijkverpleegkundige. De POH ziet erop toe dat de afspraken aansluiten op de behoeften en wensen van de patiënt, dat ze zijn afgestemd op elkaar en dat ze worden nageleefd. De POH heeft daarom een centrale rol in de totstandkoming en naleving van het Individueel Zorgplan. In nauwe samenwerking met de huisarts verzorgt de POH de educatie en de voorlichting, bewaakt als eerstverantwoordelijke het Individueel Zorgplan, is eerste aanspreekpunt voor de patiënt en ondersteunt de patiënt bij zelfmanagement. De huisarts wordt ingeschakeld als de complexiteit van de medische problematiek daarom vraagt. Daarnaast dient de huisarts als ondersteuner voor de POH en is medisch inhoudelijk eindverantwoordelijk.

Voor de taken van ketenpartners die onderdeel uitmaken van de keten-DBC worden contracten met de ketenpartners afgesloten. Ter voorbereiding op de contractering van de ketenpartners definieert Ketenzorg Friesland eerst wie de relevante partners zijn en naar welke zorgverleners substantiële patiëntenstromen gaan. Bij alle contacten en contracten met ketenpartners wordt rekening gehouden met de richtsnoeren voor zorggroepen van de Autoriteit Consumenten en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze zijn te vinden op de websites van de ACM, NZa en InEen (voorheen de Adviesgroep Ketenzorg). De gecontracteerde ketenpartners voldoen aan de kwaliteits- en opleidingseisen van de betreffende beroepsgroep. Deze eisen zijn opgenomen in de contracten.

4.5. Overige partners in de 1e lijn

Naast bovengenoemde ketenpartners is het mogelijk om met onderstaande partners uit de 1^e lijn samenwerkingsafspraken te maken voor de patiënten binnen het zorgprogramma CVRM. Deze partners zijn vooralsnog niet opgenomen in de keten-DBC:

- **Fysiotherapeuten en ergotherapeuten**
Veel fysiotherapeuten bieden specifiek op HVZ patiënten gerichte beweegprogramma's aan, vaak gecombineerd met fitness activiteiten. Ook voor preventieve bewegingsprogramma's is het mogelijk afspraken te maken.
- **Thuiszorgorganisaties**
Via thuiszorgorganisaties kunnen afspraken worden gemaakt over het inschakelen van verpleegkundigen voor onderdelen van de keten, als alternatief voor de POH. Daarnaast is het vooral bij ouderen met multimorbiditeit van belang om zaken goed af te stemmen met de thuiszorg.
- **Apothekers**
In 2015 wordt medicatie nog niet opgenomen in de integrale bekostiging. Ketenzorg Friesland zet zich wel in om de apothekers te betrekken bij de bewaking van de medicatie, therapietrouw en uitlevering van middelen binnen de keten-DBC CVRM.

4.6. Afspraken met de ketenpartners in de 2e lijn

De afspraken met de ketenpartners in de 2^e lijn worden vastgesteld door middel van regionale transmurale afspraken, afgeleid van de LTA. Het gaat zowel om afstemming over zorginhoud, exclusiecriteria en verwijzing naar de 2^e lijn, als om consultatie bij complexere gevallen die nog niet worden verwezen. Ook over terugverwijzing, substitutie en onderlinge informatievoorziening zijn afspraken gemaakt. Binnen het kader van Friesland Voorop wordt hier gesproken over “wisselprotocollen”. Deze afspraken zijn vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomsten tussen Ketenzorg Friesland en de ketenpartners.

Ketenzorg Friesland laat de afspraken, verwijzingen en communicatie faciliteren door het Ketenzorg Informatie Systeem.

4.7. Rol van de kaderhuisarts

Aangezien in Noord-Nederland geen geregistreerde kaderhuisartsen hart- en vaatziekten zijn geregistreerd, zal deskundigheid meer op afroep dan integraal worden ingezet. Ketenzorg Friesland maakt reguliere werkafspraken met een (externe) kaderarts. Deze afspraken zijn bij de start van het zorgprogramma CVRM schriftelijk vastgelegd. Er wordt in 2015 onderzocht of een aangesloten huisarts van Ketenzorg Friesland interesse heeft om een kaderopleiding CVRM te volgen.

4.8. Competentiebevordering

Met deskundigheidsbevordering vanuit de HartvaatHAG wordt de benodigde kennis in de huisartsenpraktijken verankerd. In samenwerking met Doktersacademie Friesland onderzoekt Ketenzorg Friesland de mogelijkheden om alle POH's een training op het gebied van Motivational Interviewing en Zelfmanagement aan te bieden. Het uitgangspunt is dat alle POH's deze training in 2015 gevolgd hebben. Scholing in het omgaan met het KIS wordt aan alle ketenpartners aangeboden. Er is voor alle ketenpartners een handleiding aanwezig.

4.9. Bij- en nascholing

Ketenzorg Friesland faciliteert, in samenwerking met de Dokters Academie, bij- en nascholingen voor de ketenpartners.

De verantwoordelijkheid voor de controle op bijscholing ligt bij de onderaannemer en is contractueel vastgelegd in Artikel 4, Lid 6:

Artikel 4.6 Opdrachtnemer draagt er zorg voor dat hij en de onder zijn gezag werkende zorgverleners beschikken en blijven beschikken (onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing) over de kennis en vaardigheden, die voor een verantwoorde verlening van de zorg noodzakelijk zijn.

4.10. Multidisciplinair overleg

Na de opstartfase vindt minstens eenmaal per jaar een multidisciplinair overleg plaats tussen de eerstelijns ketenpartners; de inbreng van de 2^e lijn wordt daarin verwerkt. Met de 2^e lijns ketenpartners vindt duaal overleg plaats tussen Ketenzorg Friesland en de betreffende 2^e lijns organisaties uit de expertgroep CVRM.

4.11. Monitoring kwaliteitsindicatoren

De kwaliteitsindicatoren worden jaarlijks regionaal met huisartsen en ketenpartners besproken ten behoeve van verbetering van de kwaliteit. Deze indicatoren zullen jaarlijks op keten- en praktijkniveau digitaal ter beschikking worden gesteld aan de Friesland Zorgverzekeraar en aan het Regionale Data Centrum van Ineen.

Daarnaast hanteert Ketenzorg Friesland, conform de eisen van De Friesland Zorgverzekeraar, de indicatorensets van de NHG voor het zorgprogramma CVRM:

- Groep 1: Primaire preventie: versie 2.1 (dec-13)⁶
- Groep 2: Secundaire preventie: versie 1.5b (3-3-14)

Tevens dient als extra indicator geregistreerd te worden:

- Het % patiënten van het totale aantal ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk dat is opgenomen in de keten-DBC.

4.12. Praktijkbezoeken en follow-up

Voordat huisartspraktijken deelnemen aan het zorgprogramma CVRM, vindt eenmalige screening plaats, waarbij de praktijk wordt beoordeeld op vooraf vastgestelde randvoorwaarden, knelpunten worden besproken en vervolgafspraken worden gemaakt. Op indicatie worden specifieke verbeterpunten en de nascholingsbehoefte besproken.

4.13. Consultatie van expertgroep

Ketenzorg Friesland is initiatiefnemer voor het opzetten van de Expertgroep CVRM. De Expertgroep CVRM bestaat uit vertegenwoordiging van alle bij de keten betrokken disciplines, ook 1^e lijn ketenpartners. Het doel van de Expertgroep CVRM is om de invulling van het zorgprogramma CVRM te bespreken, inclusief de verwijs- en substitutie-afspraken. Door deze Expertgroep CVRM vanaf het begin bij de ontwikkeling en implementatie van het zorgprogramma CVRM te betrekken, wordt krijgt het draagvlak en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn voldoende aandacht. De communicatie met de Expertgroep CVRM loopt via Ketenzorg Friesland.

4.14. Patiëntinformatie

Patiënten ontvangen zowel mondeling als schriftelijk voorlichting en worden geattendeerd op het bestaan van de patiëntenvereniging(en) en relevante websites. Uniformiteit wordt gewaarborgd doordat:

- de (o.a. NHG-) patiëntbrieven worden aangeboden middels het Ketenzorg Informatie Systeem;
- de NHG protocollen zijn opgenomen in het handboek;
- de consulten in het Ketenzorg Informatie Systeem zijn ingericht op basis van de protocollen van de NHG en Vitale Vaten.

4.15. Patiëntervaringsonderzoek

In samenwerking met regionale patiëntenverenigingen vindt minimaal 1 keer per 2 jaar een ervaringsonderzoek (conform CQi meting) plaats onder de gehele populatie. De bespreking hiervan kan aanleiding zijn tot een verbetertraject. Daarnaast heeft Ketenzorg Friesland contact gelegd met Zorgbelang Fryslân.

⁶ Onder voorbehoud van de volledigheid van de prestatie-indicatoren, zoals geregistreerd in het KIS. Een groot deel van de gevraagde prestatie indicatoren wordt momenteel in het HIS geregistreerd.

4.16. Kwaliteitsbeleid

In het voorjaar van 2014 heeft Ketenzorg Friesland de zelfevaluatie Kritische Kwaliteitskenmerken (KKK) uitgevoerd. Hieronder wordt per domein aangegeven hoe daarop gescoord is.

Kritische kwaliteitskenmerken	Score zelfevaluatie
Optimale zorg en uitkomsten	
Zorgstandaard	A
Persoonlijke zorgdoelen	C
Concreet verbeterbeleid	A
Adequaat zorgteam	B
Scholing	A
Feedback	B
Bespreken kwaliteit	B
Sta capaciteit	B
Samenwerking	
Samenwerkingsafspraken	A
Multidisciplinaire trainingen	C
Patiëntparticipatie	
Informatievoorziening	B
Zelfmanagement	B
Klachtenregeling	A
Continuïteit en overdracht	
Verwijs- en terugverwijsafspraken	A
Aanspreekpunt	A
Informatievoorziening	
Kwaliteitsindicatoren	A
Privacy	B
Bestuur en Organisatie	
Missie en visie	
Statuten en reglementen	
Veilig Incident Melden	
Kwaliteitsjaarverslag	

- A. KKK is volledig ingevoerd
- B. We werken aan invoering van de KKK
- C. We hebben plannen om deze KKK in te voeren

In 2015 zal de nadruk liggen op (verdere) invoering van B en C gescoorde kenmerken.

4.17. Klachtenprocedure

Ketenzorg Friesland heeft een op schrift gestelde klachtenprocedure welke op de website staat www.ketenzorgfriesland.nl.

4.18. Beveiliging informatie

Door alle ketenpartners, inclusief de patiënt, van het zorgprogramma CVRM wordt vastgestelde toegang aan het KIS verleend. Hierdoor wordt het ketendossier daadwerkelijk multidisciplinair en vormt het een krachtige ondersteuning voor zowel patiënt als de ketenpartner. Ketenzorg Friesland besteedt in haar KIS veel aandacht aan een goede gebruiksvriendelijkheid en een zo hoog mogelijke veiligheid en borging van de patiënt privacy.

Huisartsen hebben alleen toegang tot eigen patiënten en tot patiënten van de collega in de maatschap, dan wel de waarneemgroep. Ketenpartners ontvangen een voor hun relevante, maar beperkte autorisatie. Administratieve disciplines hebben geen inzage in de medische gegevens van de patiënt.

Conform de actuele wet- en regelgeving dient het KIS van Ketenzorg Friesland te voldoen aan de NEN-norm 7510. Ketenzorg Friesland heeft, in samenwerking met de leverancier van het KIS, de ambitie om medio 2015 aan deze norm te voldoen.

BIJLAGEN

Bijlage I Risicotabel

Tabel 1. Risicotabel: 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ voor patiënten zonder HVZ

SBD	Vrouwen										Leef-tijd	Mannen									
	Niet-rookster					Rookster						Niet-roker					Roker				
180	35	38	41	43	44	47	50	>50	>50	>50	70	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50
160	28	31	33	35	36	38	41	44	46	48		45	48	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50	>50
140	22	24	26	28	29	31	33	36	38	39		37	40	42	44	46	49	>50	>50	>50	>50
120	18	19	21	22	23	25	27	29	30	32		30	32	34	36	38	40	43	45	48	50
180	14	17	20	24	30	27	32	37	45	>50	65	25	30	36	44	>50	45	>50	>50	>50	>50
160	10	12	14	17	21	19	22	27	32	39		18	21	26	32	40	33	39	47	>50	>50
140	7	8	10	12	15	14	16	19	23	28		12	15	18	23	29	23	28	34	42	>50
120	5	6	7	9	11	10	11	14	17	20		9	11	13	16	21	17	20	24	30	38
180	10	12	15	18	23	20	23	28	34	42	60	22	26	32	40	50	40	48	>50	>50	>50
160	7	8	11	13	16	14	17	20	24	30		15	19	23	29	36	29	35	42	>50	>50
140	5	6	7	9	12	10	12	14	17	21		11	13	16	20	26	20	25	30	38	47
120	4	4	5	7	8	7	8	10	12	15		8	9	12	15	19	14	18	22	27	34
180	5	6	8	10	12	10	12	15	18	22	55	13	16	20	26	32	25	31	38	47	>50
160	4	4	5	7	9	7	8	10	13	16		10	12	15	18	23	18	22	27	34	43
140	3	3	4	5	6	5	6	7	9	11		7	8	10	13	17	13	16	19	24	31
120	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8		5	6	7	9	12	9	11	14	17	22
180	2	3	4	5	6	5	6	7	9	11	50	8	10	12	15	20	15	18	23	28	36
160	2	3	3	3	4	3	4	5	6	8		6	7	9	11	14	11	13	16	20	26
140	1	1	2	2	3	2	3	3	4	6		4	5	6	8	10	7	9	12	15	19
120	1	1	1	2	2	2	2	2	3	4		3	3	4	6	7	5	7	8	10	13
180	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	40	3	3	4	6	7	5	6	8	10	13
160	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	2		2	2	3	4	5	4	4	6	7	9
140	<1	<1	<1	1	1	<1	<1	1	1	1		1	2	2	3	4	3	3	4	5	7
120	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1		1	1	2	3	4	2	2	3	4	5
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
	Ratio totaal cholesterol/HDL											Ratio totaal cholesterol/HDL									

-  < 10% risico op ziekte of sterfte door HVZ; leefstijladviezen indien daar aanleiding voor is, zelden medicamenteuze behandeling.
-  10% tot 20% risico op ziekte of sterfte door HVZ; leefstijladviezen, medicamenteuze behandeling alleen bij risicoverhogende factoren en SBD > 140 mmHg en/of LDL > 2,5 mmol/l.
-  ≥ 20% risico op ziekte of sterfte door HVZ; leefstijladviezen, medicamenteuze behandeling als SBD > 140 mmHg en/of LDL > 2,5 mmol/l.

Het risico bij patiënten met DM of RA kan worden geschat door bij de actuele leeftijd van de patiënt 15 jaar op te tellen.